Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährig 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№. 28. 9. Juli 1895. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. 42. Jahrgang.

Originalien.

Aus der dermatologischen Klinik zu Breslau.

Ueber die Bedeutung der Silbersalze für die Therapie der Gonorrhoe.*)

Von Dr. *Schäffer*, Assistent der Klinik.

Fast 15 Jahre sind verflossen, seitdem das Virus der Blennorrhoe gefunden wurde. Eingehende Studien und sorgfältige Forschungen haben nunmehr die ätiologische Bedeutung der Neisser'schen Diplococcen unzweifelhaft dargethan, und die erfolgreichen Impfungen, welche mit Reinculturen angestellt wurden, haben auch die letzten Einwände vereinzelter Zweifler verstummen lassen. Es gibt wenige infectiöse Processe, bei denen der Zusammenhang zwischen Virus und Krankheit so klargestellt ist, wie bei der Gonorrhoe, nur wenige Mikroorganismen, welche so genau studirt und so sicher charakterisirt sind wie die Gonococcen. Es war nun einleuchtend, dass die Entdeckung derselben von einschneidender Bedeutung für die fernere Entwicklung der gesammten Gonorrhoefrage sein musste und für Diagnose sowohl als Therapie sehr bedeutungsvolle, praktische Consequenzen haben würde.

Mit Bezug auf den ersteren Punkt ist dies auch grossentheils geschehen, und nur vereinzelte Autoren zweifeln noch an der praktischen Verwerthbarkeit des mikroskopischen Gonococcennachweises. Indessen wird jeder, der sich die geringe Mühe genommen hat diese Untersuchungsmethode principiell anzuwenden, dieselbe für ungemein vortheilhaft und nutzbringend erachten und nicht mehr auf dieses für die Praxis unentbehrliche Hilfsmittel verzichten wollen[1]).

Von gleich grosser Bedeutung musste fernerhin die Auffindung der Gonococcen für die Principien der Gonorrhoebehandlung sein. Es war nunmehr klargestellt, worin die Aufgabe einer rationellen Therapie bestehen musste, und somit der Weg zur Erreichung des gewünschten Zieles deutlich vorgezeichnet. Möglichst schnelle und vollständige Vernichtung der eigentlichen Krankheitsursache musste folgerichtig der leitende Gesichtspunkt sein, der die Art unserer therapeutischen Eingriffe bestimmte[2]).

Gleichzeitig war auch die Möglichkeit gegeben, während des Krankheitsverlaufes festzustellen, ob die pathogenen Mikroorganismen noch vorhanden sind, und hiernach die entsprechende Therapie einzuschlagen.

Man war jetzt nicht mehr auf die klinische Beobachtung allein angewiesen, welche nur allzuhäufig eine definitive Heilung vortäuschte; vielmehr konnte man mit Hilfe der mikroskopischen Controle den Zeitpunkt bestimmen, wo die specifische Behandlung aufgegeben werden durfte, und zugleich die äusserst wichtige Frage nach der Infectiosität des Krankheitsprocesses beantworten.

Auch war man nunmehr im Stande die einzelnen Mittel mit grösserer Sicherheit auf ihre Leistungsfähigkeit als Antigonorrhoica zu prüfen und so eine Auswahl unter dem grossen Heere der empfohlenen Medicamente zu treffen. — Es konnte von dieser Zeit ab keinem Zweifel mehr unterliegen, dass die grösste Bedeutung denjenigen Mitteln zukam, welche die Gonococcen zu tödten vermochten. Injectionsflüssigkeiten, welche nur den entzündlichen Process mildern, ohne antiseptisch zu wirken, können auch eine definitive Heilung nicht herbeiführen, ja es besteht sogar die naheliegende Gefahr, durch Anwendung solcher Lösungen die Krankheitskeime mechanisch zu verbreiten. Dass dies in der Urethra anterior leicht geschehen kann, bedarf keiner näheren Erläuterung; besondere Beachtung aber verdient die Möglichkeit der Verschleppung der Gonococcen in die Urethra posterior angesichts der Thatsache, dass der Schliessmuskel in sehr vielen Fällen das Eindringen der mit der Tripperspritze injicirten Flüssigkeit in den hinteren Harnröhrenabschnitt und in die Blase nicht verhindert, wie dies von einzelnen Autoren bereits nachgewiesen wurde.

Ich habe dieser Frage besondere Aufmerksamkeit geschenkt und mehr als 80 Patienten hierauf untersucht. Die Kranken wurden aufgefordert, mit einer 10 ccm verdünnter Carbolfuchsinlösung enthaltenden Tripperspritze langsam und gleichmässig ohne starken Druck zu injiciren, jedoch sofort aufzuhören, sobald sie einen Widerstand oder deutliche Dehnung der Harnröhre empfinden. Nachdem hierauf die Urethra anterior mittelst eines Nelaton'schen Katheters mit Borsäurelösung vollständig reingespült worden war, entleerte der Patient den Urin. In einer sehr grossen Anzahl von Fällen — nach den vorliegenden Beobachtungen etwa bei 44 Proc. — war Carbolfuchsin im Urin in reichlicher Menge vorhanden, freilich nicht bei jeder Untersuchung. Der Procentsatz, auf die Gesammtzahl der Untersuchungen berechnet, ist darum erheblich kleiner und beträgt etwa 20 Proc. Auch die ausdrückliche Aufforderung, keinen starken Druck anzuwenden und beim Auftreten auch des leisesten Widerstandes die Injection zu sistiren, konnte das Eindringen der Flüssigkeit in die Blase oft nicht verhindern. Offenbar muss nun diese Thatsache eine ernste Mahnung sein, antiseptisch unwirksame Medicamente bei der Gonorrhoetherapie zu vermeiden. Wahrscheinlich ist die Entstehung einer frühzeitigen Urethritis posterior nicht selten eine Folge der Nichtbeachtung dieser Forderung und veranlasste manchen die exspectative Behandlung vorzuziehen, da diese thatsächlich weniger schädlich war, als die frühzeitige Injection mit nur adstringirenden Lösungen.

Die Zahl derjenigen Mittel, welche nun im Stande sind

*) Für den IV. Dermatologischen Congress zu Breslau (Mai 1894) angemeldeter aber nicht gehaltener Vortrag.

[1]) cf. Neisser, Ueber die Bedeutung der Gonococcen für Diagnose und Therapie (Referat, erstattet auf dem I. Congress der Deutschen dermatolog. Gesellschaft zu Prag 1889) und: Welchen Werth hat die mikroskopische Gonococcenuntersuchung? (Deutsche med. W. 1893.)

[2]) Die im Folgenden geschilderten Principien der causalen Gonorrhoetherapie hat bekanntlich Neisser immer wieder mit Nachdruck betont, so u. a. in seinem Vortrage: Wann und wie sollen wir die Gonorrhoe behandeln? (Schlesische Gesellschaft für vaterl. Cultur, November 1890), und kürzlich in den auf dem II. internat. dermatologischen Congress zu Wien aufgestellten Thesen, in welchen die hierfür maassgebenden Principien zusammengestellt sind.

in der anwendbaren Concentration die Gonococcen zu vernichten, ist keine allzu grosse; unter ihnen aber hat sich zweifellos das Arg. nitr. als das zuverlässigste und brauchbarste erwiesen. Auf den hohen antiseptischen Werth der Silberlösungen ist in der neueren Zeit besonders häufig von Seiten der Bakteriologen hingewiesen worden. Zahlreiche Desinfectionsversuche zeigten die hohe keimtödtende Kraft der Argentumverbindungen, welche oft dem Sublimat ebenbürtig, unter manchen Bedingungen sogar überlegen waren. Das letztere, sonst wegen seiner energischen Desinfectionskraft so sehr bewährt, kann mit Bezug auf die Gonorrhoebehandlung dem Argent. nitric. den Rang nicht streitig machen; es wird von der Urethra nur in so verdünnter Lösung vertragen, dass die praktisch anwendbare Verdünnung an antigonorrhoischer Wirksamkeit den zur Injection geeigneten Silberlösungen weit nachsteht. Schon in sehr früher Zeit wurde der Höllenstein bei der Behandlung des Trippers angewandt, gerieth indessen in Vergessenheit, bis seine Bedeutung als Antigonorrhoicum durch Neisser wiederum betont wurde. Die in der Breslauer dermatologischen Klinik ausgeführten Untersuchungen, welche die Wirksamkeit verschiedener Injectionsmittel gegenüber den Gonococcen prüfen sollten, ergaben in überzeugender Weise, dass unter den zahlreichen geprüften Mitteln das Arg. nitr. am schnellsten und sichersten die pathogenen Mikroorganismen aus dem Harnröhrensecret zum Verschwinden brachten[3]).

Sehr mannigfache Desinfectionsversuche mit Gonococcen, welche ich zum Theil in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Steinschneider angestellt habe, ergaben das gleiche günstige Resultat und lehrten, dass Silberlösungen bei weitem mehr leisteten, als die übrigen Mittel in der üblichen Concentration. Auch die praktischen Erfahrungen, welche in einem Zeitraum von nahezu 15 Jahren an dieser Klinik gesammelt wurden, weisen dem Arg. nitr. unstreitig den ersten Rang in der Gonorrhoetherapie an. Es sind sehr zahlreiche andere Mittel vorurtheilsfrei geprüft worden — stets aber sah man sich genöthigt wieder zur altbewährten Höllensteinlösung zurückzukehren, welche dann in verhältnissmässig kurzer Zeit zum sicheren Ziele führte.

Die erste Frage, welche bei der Behandlung der Gonorrhoe mit Arg. nitr. beantwortet werden muss, ist naturgemäss diejenige nach dem Zeitpunkte, in welchem wir mit den Injectionen beginnen sollen. Auch hier werden wir am schnellsten das Richtige finden, wenn wir uns wiederum an die Aetiologie des Krankheitsprocesses halten. Es ist nun zweifellos, dass wir am ehesten im Stande sein werden die Mikroorganismen vollständig zu beseitigen, wenn wir möglichst schnell mit dem Kampfe gegen dieselben beginnen. Wir dürfen ihnen keineswegs Zeit lassen sich in den Schlupfwinkeln festzusetzen, wo sie schwer zugänglich sind, oder in die Tiefe zu wandern, wohin wir mit unseren antiseptischen Mitteln nur unvollkommen oder gar nicht mehr ihnen folgen können. Gerade in der neueren Zeit wird die Frage nach der Tiefenwanderung der Gonococcen vielfach erörtert. Ist auch die endgiltige Entscheidung noch nicht getroffen, so ist doch das eine von allen Autoren mit Sicherheit constatirt, dass die pathogenen Bakterien in verhältnissmässig kurzer Zeit in die tieferen Epithelschichten vorzudringen vermögen. Diese Thatsache muss uns nun unbedingt veranlassen, möglichst frühzeitig antiseptisch einzugreifen, um die verhängnissvolle Tieferwanderung zu verhindern oder wenigstens einzuschränken. Gegen die Richtigkeit einer localen Behandlung beim ersten Beginn der Erkrankung ist jedoch angeführt, dass die Gonococcen die Fähigkeit besitzen, bereits in den ersten Tagen nicht nur in die tiefen Epithellagen, sondern auch in's Bindegewebe vorzudringen.

Dass dies unter gewissen, bisher freilich unbekannten Bedingungen geschehen kann, ist nicht zu bestreiten. So ist es gewiss richtig, dass das frühzeitige Auftreten gonorrhoischer paraurethraler Abscesse eine schnelle Tiefenwanderung der Mikroorganismen andeutet, andererseits zeigt aber gerade die Seltenheit der genannten Complicationen, dass dies nur ganz ausnahmsweise stattfindet. Auch das Vorhandensein von Gonococcen in der Oedemflüssigkeit des Präputiums, welches v. Crippa[4]) schon eine Woche nach der Infection nachweisen konnte, gehört wohl zu den selteneren Vorkommnissen. Wir hatten selbst Gelegenheit, in der letzten Zeit das Präputialödem wenige Tage nach dem Beginn des Trippers zu untersuchen und haben bisher keine Gonococcen finden können. Die Zeit der Infection lag in den betreffenden Fällen 6—9 Tage zurück; zweimal war die Anschwellung eine allgemeine, bei den beiden anderen Patienten eine circumscripte neben dem Frenulum. Die Oedemflüssigkeit wurde nach sorgfältiger Reinigung der Hautstelle durch Einstich mit einer sterilen Nadel entleert und war in den letzteren Fällen sehr reichlich. Im mikroskopischen Präparat fanden sich vereinzelte Leukocyten und keinerlei Mikroorganismen; auch durch das Culturverfahren liessen sich keine Gonococcen oder sonstige Bakterien nachweisen; weder auf Serumagar noch auf Agar zeigte sich irgend welches Wachsthum. Es scheint demnach doch die schnelle Tiefenwanderung in's Bindegewebe eine Ausnahme darzustellen. Indessen kommt dies für die Entscheidung unserer Frage gar nicht in Betracht, denn auch für diese Ausnahmefälle müssen wir das Princip der frühzeitigen antiparasitären Localbehandlung aufrecht erhalten, da wir hierbei durch Abtödtung der an der Oberfläche liegenden Keime und durch die Beschränkung der Flächenausbreitung des gonorrhoischen Processes der Tiefenwanderung der Gonococcen Einhalt thun und die Gefahr der hiermit verbundenen Complicationen vermindern.

Auch sind wir zu der Annahme berechtigt, dass wir durch die Befolgung des gleichen Princips noch am sichersten im Stande sein werden, die Fortpflanzung des infectiösen Processes auf die Urethra posterior zu verhüten. Lassen wir dagegen den Mikroorganismen Zeit, sich in den hinteren Partien der Harnröhre auszubreiten, so wächst auch die Gefahr einer Prostatitis, Cystitis und Epididymitis, deren Vermeidung zu den wichtigsten Aufgaben unserer Therapie gehört.

Es spricht ferner für die dringende Nothwendigkeit der von uns aufgestellten Forderung die Berücksichtigung derjenigen Erkrankungen, welche durch Gonococcenmetastasen bedingt werden. Von Jahr zu Jahr mehrt sich die Beobachtungszahl gefährlicher Complicationen, bei denen als ätiologisches Moment die Neisser'schen Diplococcen nachweisbar waren. Je mehr wir aber lernen, wie gefährlich die Anwesenheit der Gonococcen für die Gesundheit, ja sogar für das Leben des Erkrankten sein kann, um so stricter wird die Indication, sie schnell wieder zu entfernen, selbst wenn wir eine Steigerung der Entzündungserscheinungen, eine scheinbare Verschlimmerung hervorrufen sollten.

Schliesslich ist noch ein Punkt zu erwähnen, dessen Bedeutung nicht nachdrücklich genug betont werden kann. Durch die von uns geforderte Frühbehandlung wird die Zeit der Infectiosität erheblich beschränkt und so die Gelegenheit, die Krankheit weiter zu übertragen, sehr vermindert. Wendet man jedoch die noch vielfach gebräuchlichen, lediglich adstringirenden Mittel an, so schwinden die klinischen Symptome, der Patient ist trotz scheinbarer Gesundheit noch im höchsten Grade infectiös und kann, ohne dies zu wissen, die Krankheit auf Andere übertragen. Gerade bei einem Leiden, das so sehr verbreitet ist und der Therapie oft erhebliche Schwierigkeiten bietet, sollte man doch die Möglichkeit, in dem angedeuteten Sinne prophylaktisch zu wirken, nicht für gering erachten.

Freilich darf man beim Bestreben, schnell zum Ziele zu gelangen, auch die sonst in der Medicin geltende Regel, nicht zu schaden — keineswegs unberücksichtigt lassen. Aus diesem Grunde ist auch die eigentliche Abortivbehandlung nicht zu em-

[3]) Dr. L. Friedheim, Zur Injectionsbehandlung der acuten Gonorrhoe. Archiv für Dermatologie und Syphilis. XXI. Jahrgang, 1889.

[4]) v. Crippa, Ein Beitrag zur Frage: Wie rasch kann der Gonococcus Neisser das Epithel der Urethra durchdringen? Wiener med. Presse No. 35 und 36, 1893.

pfehlen, obgleich die Richtigkeit des Princips nicht angezweifelt werden kann. Man sollte in der That annehmen, dass es im ersten Beginn des Trippers gelingen müsste, durch energisches antiseptisches Vorgehen den specifischen Entzündungsprocess zu coupiren. Zahlreiche diesbezügliche Versuche haben indessen bisher keine besonders ermuthigenden Resultate erzielt. Der Hauptgrund hierfür ist wohl darin zu suchen, dass die abortive Behandlung zu spät begonnen wird. Würden die Patienten zeitig genug in Behandlung kommen, zu einer Zeit, wo noch keine deutliche Eiterung besteht und nur der Gonococcennachweis den Beginn einer Gonorrhoe darthut, dann könnte man vielleicht die Krankheit vollständig unterdrücken oder richtiger am Ausbruch verhindern. Es würden dann wahrscheinlich verschiedene Methoden, so z. B. auch die von Janet angegebene zum Ziele führen.

Ohne diese Bedingung aber lassen auch die energischsten Abortivcuren, selbst die von Diday empfohlene heroische Application einer 5proc. Arg. nitr.-Lösung nur allzuhäufig im Stich. Andererseits ist die Anwendung einer so stark ätzenden Flüssigkeit keineswegs ohne Gefahren für die Schleimhaut; es bilden sich auf derselben Geschwüre, die vielleicht zu Stricturen Anlass geben können, jedenfalls eine Restitutio ad integrum nicht zulassen. Darin aber besteht gerade der grosse Vortheil der von Neisser empfohlenen schwachen Arg. nitr.-Lösungen, dass sie die Schleimhaut nicht lädiren, ja sogar den Entzündungsprocess nicht einmal erheblich steigern und doch antiseptisch wirksam genug sind, um überall dort, wohin sie gelangen, die Gonococcen abzutödten. Dass nun thatsächlich die schwachen Silberlösungen etwa in einer Verdünnung von 1 : 3000 in jedem, auch im frühesten Stadium der Gonorrhoe vertragen werden, das haben wir in einer sehr grossen Reihe von Fällen immer wieder bestätigt gefunden. Individuelle Verschiedenheiten werden natürlich auch hier beobachtet; indessen werden nur in wenigen Ausnahmefällen die Reizerscheinungen so stark, dass man eine kurze Pause in der localen Behandlung eintreten lassen oder ein anderes, entzündungswidriges Mittel gleichzeitig verwenden muss. Es muss dies mit besonderem Nachdruck betont werden, weil von mancher Seite überhaupt die praktische Ausführbarkeit des Verfahrens in Frage gestellt wurde. Und doch sieht man ganz im Gegentheil jene gefürchteten Entzündungssymptome, wie blutigen Ausfluss, Oedeme, Chorda, viel seltener, seitdem die frühzeitige Localbehandlung mit den verdünnten Höllensteinlösungen Anwendung findet.

Ueber die praktische Ausführung des Verfahrens, wie es an der Breslauer Klinik gehandhabt wird, ist etwa Folgendes zu sagen: Sobald der Patient sich vorstellt und der Ausfluss durch die mikroskopische Untersuchung als gonorrhoischer erkannt ist, erhält derselbe Arg. nitr. etwa in einer Concentration 1 : 3000 zur viermaligen täglichen Injection. Die letztgenannten Zahlen sind natürlich nur Durchschnittswerthe: im einzelnen Falle wird man oft hiervon abweichen, in alten, bereits längere Zeit behandelten Fällen Concentration oder Häufigkeit der Injectionen steigern, bei frischen Erkrankungen mit besonders starken entzündlichen Erscheinungen Anfangs weniger energisch eingreifen. Dass Combination mit adstringirenden Mitteln häufig empfehlenswerth ist, wurde bereits angedeutet und soll später bei Besprechung der neuen Silberlösung noch besonders betont werden. Den Injectionen wären gewiss in mancher Beziehung Irrigationen vorzuziehen, welche indessen aus äusseren Gründen meistens nicht ausführbar sind. — Die Spritze soll etwa 10 ccm fassen, damit die Harnröhre bei der Injection genügend aufgebläht wird; freilich erhält der Patient die Anweisung, keinen allzu starken Druck anzuwenden, damit die Flüssigkeit nicht in die Blase getrieben werde. Die injicirte Lösung soll 3—5 Minuten in der Harnröhre verbleiben.

Dass allgemeine diätetische Vorschriften stets gegeben werden, bedarf keiner besonderen Erwähnung.

Die vielfach übliche innere Behandlung, welche im Wesentlichen nur die entzündlichen Erscheinungen zu bekämpfen vermag, kann gleichzeitig angewandt werden, ist jedoch in der Mehrzahl der Fälle entbehrlich. Dass sie gegen den gonorrhoischen Process direct wirksam wäre, scheint uns nicht erwiesen zu sein; diesbezügliche Versuche, welche an der hiesigen dermatologischen Klinik angestellt wurden, haben bisher ein überzeugendes positives Resultat nicht ergeben.

Wie in der Einleitung bereits erwähnt, ist ein besonders grosser Werth auf die mikroskopische Gonococcenuntersuchung zu legen. Dieselbe ist nicht nur nothwendig zur einmaligen Diagnosenstellung, sie ist auch während des Krankheitsverlaufes eine zuverlässige Richtschnur für unser therapeutisches Handeln und weist uns sicher den Weg, während die klinische Beobachtung allein nicht selten irreleitet.

In der hiesigen Klinik und Poliklinik werden die Secretuntersuchungen gewöhnlich zweimal wöchentlich vorgenommen nach etwa 12 stündiger Pause in der localen Therapie. Durchaus nothwendig ist es, die Untersuchung der Urethra anterior und posterior streng zu sondern, da hiervon die Art der therapeutischen Eingriffe grossentheils abhängig ist. Zu diesem Zwecke wird die Ausspülungsmethode verwandt, welche bei richtiger Ausführung noch am meisten leistet. Freilich wird dieselbe gewöhnlich vor Ablauf der zweiten Woche nicht vorgenommen; bis zu dieser Zeit ist es rathsam, sich mit der etwas weniger sicheren Zweigläserprobe zu begnügen. Nach der Ausspülung wird das Entzündungsproduct der Urethra posterior — die Flocken oder bei diffuser Trübung das Auscentrifugirte — in der gleichen Weise auf Gonococcen geprüft. Die Ausübung dieses Verfahrens, welches bei einiger Uebung nur wenig Zeit erfordert, erleichtert die Beurtheilung und rationelle Behandlung der Gonorrhoe so ausserordentlich, dass es zur allgemeinen Anwendung nicht dringend genug empfohlen werden kann.

Für die Behandlung der Urethra posterior gonorrhoica gelten genau die gleichen Principien, wie sie für die Urethra anterior auseinandergesetzt wurden. Sobald das Uebergreifen des specifischen Entzündungsprocesses auf den hinter dem Schliessmuskel gelegenen Theil der Harnröhre constatirt ist, müssen wir auch diesen möglichst frühzeitig antigonorrhoisch behandeln. Nachdem die allerersten, heftigen Reizerscheinungen durch Bettruhe, Application heisser Umschläge an's Perineum, Folia uvae ursi, Natrium salic. u. s. w. gemässigt wurden, geht man zur localen Therapie über. Gerade hierbei hat sich nun unzweifelhaft das Arg. nitr. allen anderen Mitteln weit überlegen gezeigt; es ist hierbei nicht nur causal, sondern auch symptomatisch meist von der überraschendsten Wirkung. Wir pflegen 1 bis mehrere ccm der $^1/_4$ — $^1/_2$ proc. Lösung mit Hülfe der Guyon'schen Spritze bei leerer Blase zu injiciren; stärkere Concentration anzuwenden sahen wir uns nur selten genöthigt.

Ich komme nun zur Besprechung der Behandlungsdauer. Wie oben angedeutet, ist gerade für die Entscheidung dieser wichtigen Frage die mikroskopische Untersuchung von der grössten Bedeutung und durchaus unentbehrlich. Nur allzu oft kann der klinische Befund dazu verleiten, die locale Therapie zu früh aufzugeben zum grossen Schaden des Patienten. Wir dürfen dies keinesfalls eher thun, bis nicht bei mehrmaliger mikroskopischer Untersuchung das Fehlen der Gonococcen constatirt ist. Aber auch in diesem Falle darf man nicht plötzlich die Therapie unterbrechen, sondern muss dieselbe unter allen Umständen noch längere Zeit fortsetzen, um den definitiven Erfolg völlig sicher zu stellen. Denn die Rückfälle müssen wir um jeden Preis zu verhüten suchen, da sie es sind, welche aus dem acuten heilbaren Process ein chronisches oft jeder Behandlung trotzendes Leiden machen. „Mit jeder dieser Recidive — sagt Finger in seinem Lehrbuche — setzt sich der Process fester und fester, die Veränderungen in loco werden bedeutungsvoller, tiefergreifender." Um dies zu vermeiden, müssen wir also mit der specifischen Therapie noch eine Zeit lang fortfahren und ganz allmählich zur milden Nachbehandlung übergehen, um den Schleimhautkatarrh vollständig zu beseitigen. Auch hierfür eignet sich das Arg. nitr. ganz besonders; es wirkt in schwachen Lösungen vermöge seiner gefässverengernden Eigenschaft entzündungswidrig und besitzt andererseits selbst in solch ver-

dünnter Concentration noch sehr erhebliche antigonorrhoische Kraft, welche nach den vorhergehenden Auseinandersetzungen als sehr erwünschte Beigabe angesehen werden muss. Auch kann anstatt der ganz schwachen Höllensteinlösungen zum Schluss der Behandlung eines der zahlreichen adstringirenden und Desquamation befördernden Mittel zur Anwendung kommen.

(Schluss folgt.)

Arzneiliche Vergiftung vom Mastdarm oder von der Scheide aus.

Von Dr. *Georg Sticker*.

Unter der vorgesetzten Ueberschrift hat Prof. Binz in der dritten Nummer der Berliner klinischen Wochenschrift von diesem Jahre eine Reihe von Belegen beigebracht für die Nothwendigkeit eines Zusatzes zur Tabelle A des amtlichen deutschen Arzneibuches. Dieser Zusatz, der, Dank dem Antrag des genannten Pharmakologen, vom Bundesrath in das Arzneibuch aufgenommen ist und am 1. April 1895 in Kraft treten soll, bestimmt, dass eine stark wirkende Arznei die für sie festgesetzte Maximaldosis auch dann beibehält, wenn ihre Einverleibung statt auf dem gewöhnlichen Wege durch den Mund in Form des Klystiers oder des Suppositoriums per anum oder per vaginam geschehen soll; dass also der Apotheker alle die Mittel, welche eine sogenannte Maximaldosis haben, in grösserer Gabe unter den genannten Applicationsformen nur dann verabreichen darf, wenn der Arzt seine bewusste Absicht bei der Verordnung der grösseren Gabe durch ein Ausrufungszeichen auf dem Recept kundgegeben hat.

Arzneiliche Vergiftungen von dem Mastdarm oder von der Scheide aus sind, wie Vergiftungen durch Arzneien überhaupt, erst in den letzten Jahren häufiger geworden; nämlich seit der Zeit, wo man bedacht ist, die Arzneimittel in möglichst reiner, concentrirter, löslicher, kurz in möglichst wirksamer Form anzuwenden, und wo es leider zugleich für Manche zur Gewohnheit geworden ist, weit weniger Mühe auf die Uebung im Gebrauch der erprobten Mittel, wie sie in den Pharmakopoen auf Grund der allgemeinen Erfahrung gesammelt worden, zu verwenden, als auf das Suchen „neuer Heilmittel“, deren Gefährlichkeit natürlich nicht immer vorausgesehen werden kann, sondern erst durch traurige Erlebnisse erkannt werden muss.

Arzneiliche Vergiftungen namentlich vom Mastdarm oder von der Scheide aus, sagte ich, sind ziemlich jungen Datums. Wenigstens sind in der älteren und ältesten Literatur Erfahrungen darüber nicht mitgetheilt, auch nicht von den ausgezeichneten Aerzten, denen die Contraindicationen und Cautelen in der Therapie mindestens so wichtig waren wie die Indicationen. Und gleichwohl ist die Einführung von Arzneien mittels Klystieren, Suppositorien und Pessarien so alt wie die Geschichte der Heilkunde. Das *προςθετον* erscheint in den Hippokratischen Schriften *περὶ ἐπικυησιος, περι γυναικειης φυσιος, περι γυναικειων Α*, als ein wichtiges Hilfsmittel für örtliche und entfernte Heilwirkungen. Der *πεσσος* oder das pessum und das *ἐνεμα* wurde in den ersten Jahrhunderten nach Christus vielleicht häufiger gebraucht als heutzutage. Man lese nur darüber in den Schriften des Dioscorides Pedanius (*περι ὑλης*) aus dem I. Jahrhundert; des Appulejus Madaurensis (de herbis) aus dem II.; des Theodorus Priscianus (experimenta med. III. 5) aus dem IV.; des Plinius Valerianus (medicina Plinii I. 5) und vor allen des Alexander Trallianus (VIII. 2) aus dem VI. Saeculum.

Ich übergehe ein Jahrtausend. Im Jahre 1694 gab Adriaan Helvetius in Paris ein Buch heraus, in welchem er sich rühmt, zuerst die Chinarinde durch den Mastdarm mit Erfolg angewendet zu haben. Seine „méthode pour guérir toutes sortes de fièvres sans rien prendre par la bouche“ wurde von vielen Aerzten seiner und der nachfolgenden Zeit mit Nutzen geübt, aber nicht für neu gehalten. Helvetius flösste eine Emulsion der pulverisirten Rinde ein. G. van Swieten zieht das Decoct vor und macht darauf aufmerksam, dass majori corticis copia, tripla nempe, plerumque opus esse quam si per os assumatur (comment. in H. Boerhaave aphor. § 767). Derselbe erwähnt die Einverleibung von Abführmitteln durch den Mastdarm als eine zweckmässige, allgemein und längst gebräuchliche Form der Darreichung: Notum est, quadruplam dosin purgantium per clysma injectam eundem praestare effectum ac si simpla dosis ore assumeretur. (§ 964). Atque idem de plurimis aliis remediis verum esse, quotidiana fere in praxi experimenta docent; dum morosis pueris medicina fieri debet, qui saepe quaevis oblata remedia pertinacissime respuunt. (§ 813.)

Es ist nöthig, solche historischen Notizen beizubringen in einer Zeit, in welcher Manche glauben, die Resorptionstüchtigkeit der Mastdarmschleimhaut erst experimentell beweisen zu müssen, und in welcher die alte scholastische Doctorfrage: an clysterium frangat jejunium? auf medicinischem Gebiete noch weiter ausgefochten wird.

Gewiss ist es ein verdienstliches Unternehmen, sich über die Bedingungen Rechenschaft zu geben und den Wegen nachzuspüren, auf welchen die Arzneiwirkungen und die Ernährung vom Mastdarm aus zu Stande kommen, wie es noch jüngst Posner mit Erfolg in Thierexperimenten versucht hat (XIII. Congress für innere Medicin). Aber haben das unsere Vorfahren nicht bereits auch gethan? Neque tantum venarum mesaraicarum oscula resorbere liquida in crassis intestinis haerentia, sed et vasa lactea satis copiosa per illa dispergi observavit Celeberrimus Swenke (haematolog. cap. I pag. 2) in cadavere militis, cui bene pasto glans plumbea claviculam sinistram sic destruxerat cum vasis subjectis, ut ductus thoracicus non apertus manserit, sed retractus et clausus fuerit. Invenit autem vasa lactea non tantum in tenuibus sed et in crassis intestinis innumera, per totum illorum tractum dispersa ad rectum usque in pelvi; atque inde merito salubrem usum clysmatum nutrientium deduxit. (van Swieten, § 813.) Noch genauer hat diese Verhältnisse Cornelis Stalpart van der Wiel studirt, der ein von Haller und Swammerdam bewunderter Meister in der Kunst der Gefässinjection und der Balsamirung von Leichen war. (Hondert seltsame aanmerkingen, so in de genees- als heel- en snijkonst I num. 25. — Amsterdam 1682).

Wen es interessirt, zu wissen, wie sorgfältig und vorsichtig die älteren und ältesten Aerzte es mit der Indication und Technik der Nährklystiere genommen haben, dem möchte ich die Durchsicht der Werke des Thomas Sydenham, Richard Lower, Gerhard van Swieten empfehlen. Sogar Antiseptica setzten sie den Klystieren zu: Addi solent his aliquid nitri, vel succus citri, aut paucae guttulae spiritus salis marini, ut caveatur putredo. — —

Da ich einmal von meinem Thema ein wenig abgekommen bin, so benutze ich die Gelegenheit, kurz zu erwähnen, dass auch die modernen Oelklystiere nicht geringen Alters sich rühmen dürfen. Celsus räth bei der Darmkolik „in alvum ex parte inferiore tres aut quatuor cyathos olei calidi dare“ (de medic. lib. IV. cap. 13). Aretaeus Cappadox übt das gleiche Verfahren beim Ileus: *Κ' ην ἐκκριθῃ κοπρος αὐθις ἐλαιον θερμον ξυν πηγανῳ ἐνιεναι (ὀξεων νουσων θεραπευτικον βιβλιον Α)* i. e. stercore prius excreto oleum calidum cum ruta injicere. — Ganze Seiten vortrefflichen Inhaltes über Oelklystiere schreibt Alexander Trallianus in dem Capitel *περι κωλικης διαθεσεως*, worin auch die berühmten Luftklystiere des Hippokrates (heute heissen sie die Wood'schen u. s. w.) genau beschrieben sind. — —

Arzneiklystiere, Stuhlzäpfchen, Vaginalkugeln, Nährklystiere u. s. w. sind also alte und alltägliche Hilfsmittel in der Praxis, die seit Hippokrates, und wer weiss wie lange vor ihm, fast jeder tüchtige Arzt mit Einsicht und Erfolg angewendet hat und anwendet, deren Zweckmässigkeit zwar hie und da vergessen und neu erfunden aber nie ganz wegdisputirt werden konnte.

Neu und nicht allgemein bekannt sind die Gefahren, welche jene Hilfsmittel in der heutigen Art ihrer Anwendung in sich tragen. Eine vereinzelte Angabe über Opiumvergiftung vom Mastdarm aus macht William Stokes in seinen „Vorlesungen über die Heilung der inneren Krankheiten“. (Deutsche

Ausgabe von Behrend, II. Aufl., S. 63.) „Ich erinnere mich eines Mannes," — erzählt der englische Arzt — „der eine Zeit lang Opium in grossen Dosen genommen hatte, so dass er förmlich ein Opiophag wurde. Während einer Krankheit wurde ihm ein Klystier mit 60 Tropfen Opiumtinctur verordnet, das in kurzer Zeit narkotische Wirkungen hervorbrachte, an denen der Kranke starb." Wiewohl Stokes weiterhin ganz allgemein betont, dass bei der Einflössung des Opiums durch den After grosse Vorsicht nöthig sei, weil die Erfahrung gelehrt habe, dass die Wirkung vom Mastdarm aus oft viel grösser sei, als wenn dieselbe Quantität Opium „innerlich genommen" werde, so ist seine Warnung ohne nachhaltige Wirkung geblieben oder wenigstens die Nutzanwendung seiner Erfahrung nicht so in die Praxis übergegangen, wie sie verdient hätte.

Darum können wir nicht dankbar genug für die Abhandlung von Binz sein, in der zum ersten Male von einem allgemeinen Gesichtspunkt aus die Gefahren, welche bei ungeschickter und unüberlegter Arzneidarreichung durch die unteren Körperwege drohen, überzeugend durch thatsächliche Unglücksfälle aus der Praxis aufgezeigt werden und die Möglichkeit einer Verhütung gelehrt wird.

Wenn ich mir erlaube, die Beispiele, welche Binz gesammelt hat, um ein weiteres selbsterlebtes zu vermehren, so hoffe ich, den Collegen, welche so glücklich sind, über ähnliche Erfahrungen noch nicht zu verfügen, nützlich zu sein.

Uebrigens scheint mir mein Beispiel schon unter dem Titel einer acuten Chromsäure-Vergiftung der Veröffentlichung werth.

Vor $2^1/_2$ Jahren, im October, gab ich einer 40jährigen Dame, in deren Hause ich sieben Jahre lang Arzt war, den Rath, wegen eines hartnäckigen Scheidenkatarrhes einen Frauenarzt zu consultiren. Drei Stunden später, nachdem ich mit diesem Rath mich verabschiedet hatte, wurde ich schleunigst zu der Patientin zurückgerufen, fand die sonst stets kräftige und vorher noch munter umhergehende Frau mit entstellten Zügen und aschgrauem Gesicht auf dem Bett liegend, fröstelnd, fast pulslos, sich vor Schmerzen im Bauch windend. Dabei stiess sie häufige kleine blutige und schleimige Darmentleerungen aus, gab unter heftigem Harndrang zeitweise einen braunen spärlichen Harn von sich und wurde von steigender Brechneigung wie von grossem Durst gequält.

Die Patientin war bei klarem Bewusstsein und gab Folgendes an: Sie war sofort nach meinem Rath zum Frauenarzt gegangen, vor einer Stunde ganz wohl zurückgekehrt, empfand aber, kaum zu Hause angelangt, einen furchtbaren Lendenschmerz, dem alsbald flüssige Diarrhöen und Würgen folgte; gleichzeitig fühlte sie ein trockenes Brennen in der Scheide.

Für Alles wusste sie keinen anderen Grund als, dass sie auf dem Weg zum Gynäkologen, um diesem die Untersuchung zu erleichtern und sich selbst die Mühe des Auskleidens zu sparen, einige gewohnte Unterkleider ausgelassen hatte.

Ich hörte, dass der Frauenarzt eine Scheidenausspülung gemacht, eine innerliche Aetzung vorgenommen, und einen Wattepfropf eingesteckt habe. Nun bestärkte ich die Angehörigen der Patientin in der Ansicht der letzteren, es handle sich nur um eine heftige Unterleibserkältung und sagte, dass diese durch warme Einflössungen gehoben werden müsse. Nach Entfernung des Tampons, der an der oberen Spitze rostbraun gefärbt war, fand ich eine vollkommen ausgetrocknete, gerunzelte, mit einem gelben Schorf ausgekleidete Scheide, spülte sie mangels anderer Apparate durch eine Klystierspritze aus und befahl, unterdessen starken Kaffee und Chamillenthee zu bereiten. Mit dem ersteren gab ich alle halben Stunden 15 Tropfen Opiumtinctur ein, den letzteren rieth ich, zwischendurch möglichst reichlich zu trinken. Nach der dritten Opiumgabe fiel die warm gebettete und mit heissen Krügen umlagerte Kranke in einen wohlthuenden Schlaf mit regelmässigen Athemzügen und steigender Herzthätigkeit.

Nun hatte ich Zeit, den Urin zu untersuchen, der nach dem Abfiltriren eines braunflockigen dicken Niederschlages unter dem Kochen fest gerann. Das Sediment bestand vornehmlich aus braunen Detritusflocken, rothen Blutkörperchen und deren Schatten, Blutcylindern und zahlreichen kubischen Epithelien. Der Frauenarzt, den ich aufsuchte und mit meinem Verdacht einer Vergiftung von der Scheide aus vertraut machte, erläuterte mir die Katastrophe dahin, dass er nach Ausspülung der Scheide mit Kochsalzlösung ein Krystallchen Chromsäure auf kleine katarrhalische Geschwüre der Portio cervicalis uteri gebracht habe. — Wir verständigten uns alsbald über die auffallende Uebereinstimmung der experimentellen Chromsäure-Intoxicationen mit unserem Krankheitsbilde.

Für die Schnelligkeit der Aufsaugung des Giftes hatten wir wenigstens eine Analogie in der rapiden Aufnahme gewisser löslicher Stoffe in's Blut vom Rectum aus. Dass diese hier keineswegs langsamer erfolgt, als wenn die gedachten Stoffe in den leeren Magen gebracht werden, beweist z. B. der folgende Versuch:

Ein Individuum, bei welchem ich früher in der Giessener Klinik Untersuchungen über die Elimination des Jodes durch den Harn und Speichel nach Einnahme von Jodkalium in den Magen angestellt hatte, schied, wenn 0,2 g Jodkalium mit 50 ccm Wasser am Morgen nüchtern gegeben worden waren, die ersten nachweisbaren Jodmengen im Harn nach 11—13 Minuten, im Speichel nach 14 Minuten aus. (Berliner klin. Wochenschrift, 1885, No. 35.) Dasselbe Individuum scheidet, wie ich mich später überzeugt habe, nach Aufnahme der gleichen Menge Jodkalium mit einer gleichen Menge Wasser in den Mastdarm im nüchternen Zustande, die ersten Jodspuren durch den Harn (in 2 Versuchen) ebenfalls nach 12—14 Minuten, durch den Speichel bereits nach 11 und 12 Minuten aus. Am Abend um 6 Uhr, d. h. etwa 4 Stunden nach dem Mittagessen, erfolgte auffallender Weise die Resorption vom Mastdarm aus in zwei Versuchen noch schneller; der Jodnachweis war im Harn nach 10 und 11 Minuten, im Speichel nach 7 und 9 Minuten möglich; das eigenthümlich stechende Gefühl in der Parotisgegend, welches bei unserem Versuchsobject die Anwesenheit von Jodspuren im Körper anzukündigen pflegt, trat ebenfalls bereits zu dieser frühen Zeit quälend ein.

Es lag nicht so ferne, an diese Resorptionsversuche zu denken, um die schnelle Chromsäure-Vergiftung von der Scheide aus bei meiner Patientin einigermaassen zu verstehen.

Doch es gibt sogar in der Literatur, wie ich inzwischen zufällig gefunden habe, ganz analoge Vergiftungsfälle. In der Union médicale (1882, No. 10) werden aus dem Journal méd. et chir. prat. (Octobre 1881) zwei Fälle angeführt, in denen eine Aetzung von Krebswucherung im Uterus, das eine Mal mit Ferrum sesquichloratum, das andere Mal mit einem Chromsäurekrystall, den Tod verschuldet hat. Verneuil, der die Beobachtungen berichtet, erinnert an die tödtliche acute Peritonitis nach einfachen Vaginaluntersuchungen, die Leteinturier und Engelmann bekannt gegeben haben.

Diese Erfahrungen nehmen den letzten Zweifel, dass in meinem Falle eine acute Vergiftung von der Scheide aus durch Chromsäure mit Recht diagnosticirt worden ist.

Was den weiteren Verlauf dieser Vergiftung angeht, so fand ich die Kranke am anderen Morgen noch sehr schwach, sonst in ziemlichem Wohlbefinden. Bei mehrtägiger Bettruhe, flüssiger Ernährungsweise und reichlichem Durchspülen des Organismus mit lauem Getränk genas sie bald. Nach einer Woche durfte sie aus dem Bette aufstehen. Eine dauernde Läsion ist weder an der Scheide, noch am Darm, noch an den Nieren zurückgeblieben; uns beiden Collegen aber ein heilsamer Schrecken in den Gliedern.

Ueber einen hygienischen Stuhl.[1])

Von Hofrath Prof. Dr. *Oertel* in München.

Meine Herren! Ich habe die Ehre, Ihnen einen hygienischen Stuhl vorzustellen, welchen mir Herr College Professor Dr. Prausnitz im Auftrage des Erfinders, Herrn Dr. Czapsky, zur Prüfung und Begutachtung übergeben hat.

Der Zweck des Stuhles, den Dr. Czapsky im eigenen Interesse construirte, ist, eine Einengung der Bauch- und Brusthöhle, wie sie durch das Sitzen auf gewöhnlichen Stühlen eintritt unter mehr oder weniger umfänglicher Compression der Bauch- und Brusteingeweide, und dadurch eine Beeinträchtigung der Respiration und Circulation zu vermeiden.

Selbst der gesunde Mensch fühlt sich, besonders nach einer nur etwas grösseren Mahlzeit durch das Sitzen auf unseren gewöhnlichen Stühlen, wobei durch Vorbeugen des Körpers eine Hinaufdrängung der Baucheingeweide gegen die Brusthöhle stattfindet, mehr oder weniger belästigt. In einem aber immer höheren Grade wird das bei jenen Menschen statthaben, bei welchen die Raumverhältnisse durch pathologische Zustände eine Einbusse erlitten. Hieher gehören alle jene Fälle, in welchen durch abnorme Fettanhäufung im Abdomen, im Netze, Mesenterium, durch Fettleber, Magenerweiterung etc. das Zwerchfell an und für sich schon weit nach aufwärts gedrängt

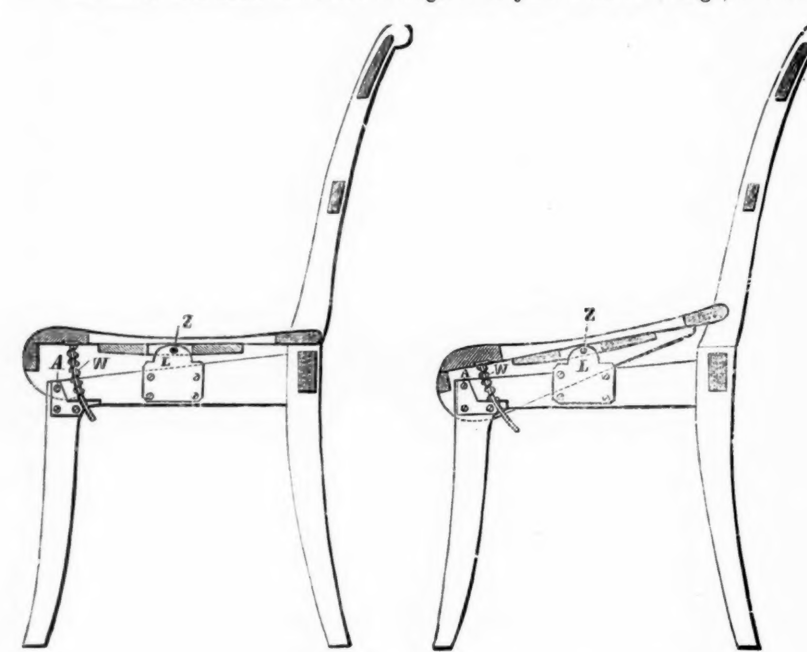
[1]) Demonstration im ärztl. Verein München am 21. Febr. 1894.

ist, und der Brustraum noch durch Fettmassen im Mediastinum, durch ein von Fett umwachsenes, vergrössertes, dilatirtes Herz, Mastfettherz, an Capacität verloren hat; dann Kranke mit Raumbeschränkung durch Wasseransammlung in der Bauch- und Brusthöhle, durch Ascites, pleuritische Exsudate, Tumoren im Unterleib, Beengung des Brustraumes durch Deviationen der Wirbelsäule, sowie endlich Fälle von Circulationsstörungen irgend welcher Art, incompensirten Klappenfehlern, bei welchen die Lungen überdies noch mit Blut überfüllt sind, ihre Elasticität zum Theile eingebüsst haben, starr geworden, und der Alveolarraum durch Capillarektasie verringert worden ist.

Die Construction des Stuhles gestattet nun die natürliche Ausdehnung des Abdomens in ähnlicher Weise wie beim Stehen dadurch, dass die Sitzplatte des Stuhles durch eine Achse im Querdurchmesser beweglich gemacht ist und eine nach vorn geneigte Stellung ermöglicht. Bekanntlich geben wir ja bei längerem Sitzen, namentlich beim Arbeiten am Studirtische, unserem Stuhle häufig unwillkürlich durch Vorwärtsbeugung eine Stellung, die der Stellung der Sitzplatte des Czapsky'schen Stuhles entspricht.

Es dürfte sich daher der Stuhl vorzüglich für jene Kranken eignen, bei welchen eine Beschränkung des Athmungsraumes aus den oben genannten Krankheitsursachen vorhanden und ausgiebige Excursionen des Zwerchfells nothwendig sind, namentlich, wenn die Kranken längere Zeit zum Sitzen genöthigt werden, sei es in Folge von Respirationsstörungen, welche das Liegen im Bette unmöglich machen, sei es, dass dieselben, wenn sie noch leistungsfähig sind, zu Arbeiten, insbesondere schriftlichen, sich gezwungen sehen. Aber auch für sonst anscheinend Gesunde, welche ihr Beruf viele Stunden tagsüber an den Schreibtisch fesselt, dürfte der Stuhl noch geeignet sein und bei ihnen alle jene Folgen, welche durch Beeinträchtigung der Respiration und Circulation entstehen, so sicherlich auch Stauungen im venösen Apparate, Stauungen im Pfortadersystem, Hämorrhoidalanschoppungen u. s. w. weniger zur Ausbildung kommen lassen.

Ich habe den Stuhl jetzt seit einem Jahre vielfach geprüft und bei verschiedenen, an schweren Respirations- und Circulationsstörungen leidenden Kranken mit stark entwickelter Fettleibigkeit, Fettherz und insufficientem Herzmuskel etc. mit vorzüglichem Erfolge in Anwendung gebracht und bin also in der Lage, ihn den Herren Collegen bestens empfehlen zu können.



Die Zeichnung stellt die Einrichtung des Sitzes an einem Sessel einfachster Art, in beiden Gebrauchslagen, der horizontalen und der geneigten dar. An den seitlichen Wangen des Rahmens sind von innen die Lager L für die Schwingungsaxe des Sitzes angeschraubt. Diese Axe ist verwirklicht durch 2 Zapfen Z, welche von unten an dem Sitze angebracht sind. Die Beweglichkeit des Sitzes nach hinten zu ist durch die feste Auflage, die er dort bei A auf dem Rahmen selbst findet, beschränkt. Einer Bewegung nach vorn setzen spiralige Bandfedern F, welche zwischen Vorderzarge und Sitz des Sessels angebracht sind, einen sanften Widerstand entgegen. Diese Federn führen den Sitz in seine horizontale Lage zurück, sobald der von den Schenkeln, bezw. dem sich nach vorn neigenden Oberkörper auf sie ausgeübte Druck aufhört oder genügend nachlässt. Die Stärke der Federn muss je nach dem Gewicht der Person, welche den Sessel benützen will, etwas verschieden gewählt werden. Die Axe Z liegt nicht genau in der Mittellinie des Sitzes, sondern etwas nach vorn hin, so dass beim Rückwärtslehnen die Resultante des von dem Oberkörper ausgeübten Druckes zwischen Axe und hinterem Gegenlager A auf den Sitz angreift, dieser dann also ohne Anstrengung des Sitzenden in seiner horizontalen Stellung verbleibt. Der ganze Mechanismus bleibt bei geeigneter Form des Sitzes dem Auge verborgen.

Aus des Herrn Prof. Dr. Schinzinger chirurgischen Privatklinik im St. Josephshaus zu Freiburg i. Br.

Weitere Mittheilungen über das Loretin.

Von Dr. *B. Korff*.

Vor etwa 20 Monaten veröffentlichte Herr Prof. Hofrath Dr. Schinzinger die in seiner Privatpraxis und Klinik mit einem neuen Desinfectionsmittel, dem Loretin, erzielten Resultate. Er konnte damals aus allen seinen Beobachtungen nur Günstiges über dieses Mittel berichten. Seit jener Zeit sind verschiedene weitere Beiträge zur Loretin-Behandlung erschienen und auch aus diesen Veröffentlichungen geht ausnahmslos hervor, dass wir für die Wundbehandlung im Loretin ein neues sehr werthvolles Desinfectionsmittel gewonnen haben, welchem ganz besondere Vorzüge gegenüber den meisten jetzt gebräuchlichen Desinficientien zukommen. Die diesbezüglichen Arbeiten stammen zunächst von Herrn Prof. Claus, dem Erfinder des Loretin (Jodoxychinolin-sulfonsäure) und seinen Schülern, sodann aus der Klaussner'schen Poliklinik in München von Herrn Dr. Schnaudigel, von Herrn Prof. Albrecht, ferner von Herrn Badearzt Dr. Krebs in Aibling und Anderen.

Auffallend muss erscheinen, dass nach all' diesen Veröffentlichungen dass Mittel die verdiente Würdigung nicht gefunden, während doch von allen Seiten über den Mangel an einem nach allen Richtungen hin brauchbaren, ungiftigen Desinficienz gerade von den Eigenschaften des Loretins immer wieder geklagt wird!

Der Grund hiefür liegt wohl zum Theil in dem Mangel an weiteren vorurtheilsfreien Resultaten von Chirurgen, vielleicht auch in dem Fehlen von genauer präcisirten Vorschriften für den Gebrauch des Mittels, hauptsächlich aber in dem anscheinend zu hohen Preis, der bisher ad libitum von den Apotheken gesetzt werden konnte, da das Mittel dem Pharmakopoeschatze noch nicht eingefügt ist. Von Vorzügen wurden, im Anschluss an die von Herrn Prof. Schinzinger auf der Nürnberger Naturforscherversammlung gemachten, vorläufigen Mittheilungen, besonders hervorgehoben, dass wir in dem Loretin ein Mittel besitzen, das

1. völlig ungiftig ist (Dr. Ammelburg und Professor Albrecht);
2. local absolut reizlos, keine Dermatitiden-Ekzeme verursachend (Dr. Schnaudigel),
3. hochantiseptisch (Prof. Schottelius),
4. absolut geruchlos und desodorirend,

5. die Granulation befördernd wirkt,

6. nicht resorbirt wird (Prof. Claus),

7. sehr beständig und leicht zu handhaben und anzuwenden ist, da der Arzt nur eine beliebige Menge Loretin der das Auflösungsfluidum enthaltenden Flasche zuzufügen braucht, um sofort ein brauchbares Desinficienz zu erhalten, ohne Gefahr zu laufen, eine zu starke Lösung zu bekommen, da der Ueberschuss einfach zu Boden fällt und zu weiterem Verbrauche verwandt werden kann. Es bedarf also weder einer Wägung noch Mensuration: immerhin für den praktischen Arzt eine sehr angenehme Beigabe.

Wie weit diese Angaben richtig sind nachzuweisen, soll Zweck der vorliegenden Arbeit sein.

Zunächst beabsichtige ich in derselben eine kurze Statistik der seit der Zeit der ersten Veröffentlichung (26. VI. 93) in der Privatklinik des Herrn Prof. Dr. Schinzinger im St. Josephshaus zu Freiburg i. Br. im Laufe der letzten 22 Monate behandelten Fälle zu geben, bei denen Loretin mit bestem Erfolg als Desinficienz gebraucht wurde. Sodann einige Mittheilungen über die Anwendungsweise, wie sie sich für verschiedene Zwecke als besonders zweckdienlich ergeben hat, nicht allein uns, sondern auch vielen andern Collegen, die die Vorzüge des Mittels kennen und schätzen gelernt haben.

Weiterhin werde ich daran anschliessen eine tabellarische Uebersicht über die Resultate, zu welchen ich bei bakteriologischen Untersuchungen betreffs des Desinfectionswerthes des Loretin gekommen bin. Die betreffenden zahlreichen Untersuchungen wurden im hygienischen Institut zu Freiburg nach Anleitung und unter Beachtung der von Herrn Prof. Schottelius aufgestellten Regeln zur Werthbestimmung von Desinficientien gemacht.

Bevor ich zur Statistik der Fälle übergehe, noch einige Bemerkungen über die hier gebräuchliche Vorbereitungs-, Operations- und Verbands- resp. Nachbehandlungs-Methode:

Was die möglichste Berücksichtigung der aseptischen Behandlung anlangt, so muss man darauf hinweisen, dass natürlich eine Klinik, in der die Ausführung der vorbereitenden Asepsis, d. h. nicht nur die Behandlung der zur Operation gelangenden Patienten, sondern auch der bei der Operation benützten Räume, Materialien und Instrumente, sowie eines Theils des Verbandmaterials — so vorzüglich geschulten Schwestern wie hier im Josephshaus zufällt, die sich seit mehr als 20 Jahren der peinlichsten Ausführung aller aseptischen und antiseptischen Regeln als Lebensaufgabe mit Eifer und Freude widmen, sehr viel günstiger gestellt ist, als dies wohl meistens in der Privatpraxis möglich ist.

Operationszimmer, Tische etc. werden auf das reinlichste gehalten, jeweils vor und nach Operationen gründlichst gesäubert und den günstigen Factoren Sonne, Licht und Luft ausgesetzt; die Instrumente und das Verbandmaterial nach bekannten Regeln sterilisirt. Die zu Operirenden erhalten stets vor der Operation ein Vollbad und das Operationsgebiet wird nach nochmaliger gründlicher Seifenbehandlung mit Aether, resp. mit Alkohol gewaschen; die Hände der helfenden Aerzte etc. werden nach den bestbewährten Vorschriften von Fürbringer behandelt.

Dass dabei wie bei andern Methoden trotzdem ein Eindringen von Bakterien von den Händen der Operirenden etc. möglich ist, zeigen ja zur Genüge die zahlreichen Veröffentlichungen von bakteriologischen Untersuchungen der Hände und namentlich der den Fingernägeln anhaftenden kleinsten Fremdkörper. Einige wenige Mikroorganismen werden ja auch wohl trotz bestangestrebter Asepsis in die Wunde gelangen, ebenso sicher, wie auch bei der ausgiebigsten antiseptischen Behandlung inficirter Wunden mit den stärksten Mitteln keine absolute Garantie geboten werden kann für Abtödtung aller Bakterien.

Doch besitzt der Organismus, wenn nicht zu sehr geschwächt und marantisch, selbst in seinen Zellen genügende Schutzvorrichtungen zur Bekämpfung dieser ewig lauernden kleinen Feinde des Menschenleibes, und wenn dann nur ein Weiterwachsen verhindert werden kann, ohne durch das Desinficienz selbst, resp. durch seine schädigenden ätzenden etc. Eigenschaften neuen Schaden zu stiften, so ist der Sieg schon gewonnen.

Um dieses erreichen zu können, bedarf eben zur Vervollständigung der aseptischen Behandlung der unter gewöhnlichen Verhältnissen arbeitende praktische Arzt eines milden, reizlosen, aber doch wirksamen Desinficienz.

Unter Auslassung aller kleinen unwesentlichen Eingriffe, in denen Loretin zur Verwendung kam, wurden mit Loretin seit Juli 1893 behandelt die folgenden Fälle:

Wunden 16, Atherom 6, Ung. incarnat. 3, Phimosis 7, Achillotomie 3, Lab. leporin. 2, Hämatom 1, Bursitis 3, Hygrom. praepatell. 1, Hydrocele 6, Castratio 4, Herniotomie (Rad. operat.) 5, Periproctitis 6, Laparotomie, Cystit. fell. u. Tumor 2, Laparotomien, Perityphlitis 5, Spondylitis 2, Sequestrotomie 2, Osteoperiostitis 4, Osteoperiostitis 29, Amputat. femoris 4, Amput. humeri 1, Resectiones 14, Res. Cubit. 7, Res. ped. Pirogof. 5, Complic. Fracturen 5 (alle Unterschenkelfr.), Thorakotomie wegen Pyothorax mit Res. cost. 3, Lipom 4, Fibrom 3, Lymphadenitis 6, Lymphoma 16, Lymphangiom 1, Polyp 6, Struma 6, Sarkom und Carcinom 22, Carcinoma mammae 16 (12 mit axill. Ausräumung), Furunculosis 9, Abscess 10, Phlegmonen 13, Panaritium 9, Nabelschnurentzündung 1, Erysipel 3, Ulc. molle 2.

Während der Operation wird die Wunde häufig mit 0,2 proc. Loretinlösung abgespült oder mit feuchten Wattetupfern abgewaschen; Schwämme werden nicht verwandt. Nach der Operation und Blutstillung werden Einstäubungen von feinst vertheiltem Loretin mit dem Robiersky'schen Pulverbläser gemacht, anstatt Drainageröhren Loretingaze verwandt.

Auf die Wunde selbst kommt Loretinkrullgaze, auf diese einfache sterilisirte Gaze, dann sterilisirte Watte und endlich die Binde. Der erste Verband wird gewöhnlich, wenn nicht stärkere Secretion eingetreten oder besondere Indication vorhanden, am 3. resp. 4. Tage erneuert, von da an alle 2—3 Tage. Wir ziehen es im Allgemeinen vor, anstatt eines grossen Dauerverbandes mit viel Material kleinere einfache Verbände anzulegen und je nach Bedarf unter Leitung des Thermometers zu wechseln. Der praktische Arzt hat bei diesem Verfahren jedenfalls den Vortheil, sich von dem Aussehen der Wunde und dem Fortschreiten des Heilprocesses selbst zu überzeugen.

Dass bei einem Material von ungefähr 260 Fällen meist ernster Natur nicht alles ganz glatt abgeht, ist wohl selbstverständlich, demnach trat in fast allen den aufgezählten Fällen die Heilung ohne Wundfieber per primam ein. Erysipel trat nur einmal, bei Ohrcarcinom auf.

Namentlich der Carbol- und Jodoformbehandlung gegenüber fiel von je auf, dass sich auch nie eine Spur von Wundekzem einstellte, dass sich überhaupt niemals locale Reizerscheinungen zeigten. Die Wundränder sehen natürlich, nicht missfarben aus und an Stellen, an denen bei andern Wundverbänden gerne Ekzeme aufzutreten pflegen, namentlich bei Operationen in der Mamma- und Axillargegend, den Inguinalgegenden und sonstigen an Schweiss- und Talgdrüsen reichen Partien berührte die Abwesenheit localer Reizsymptome Arzt und Patienten sehr angenehm.

Herr Professor Schinzinger weiss nicht genug die antiekzematöse Kraft des Loretins zu rühmen: In verschiedenen Fällen, in denen er als consultirender Arzt Loretin verordnete, verschwanden Ekzeme, welche vorher allen möglichen Behandlungsweisen getrotzt und durch jedes Mittel verstärkt, ja in einem Falle durch scheinbar unschuldige Antiseptica hervorgerufen waren.

Namentlich deutlich trat die überaus günstige Wirkung des Loretins in einem Falle, den wir in der letzten Zeit zu behandeln Gelegenheit hatten, hervor:

Im Anschluss an eine mässige Phlegmone der Ellbogengegend war bei Carbolbehandlung ein über dem ganzen Vorder- und Oberarm ausgebreitetes äusserst schmerzhaftes Ekzem entstanden, dasselbe ging, nachdem verschiedene Mittel vergeblich angewandt waren, ja ein Verband mit Carbolzinkpflaster das Ekzem bedeutend verschlimmert hatte, unter Loretinbehandlung in kurzer Zeit vollständig zurück!

Zur Nachbehandlung Loretinabwaschungen, resp. Aus-

spülungen, zum Verband Loretingaze, Pulver und wo angezeigt Loretincollodium.

Am beweisfähigsten ist uns natürlich die Desinfectionskraft des Loretin in denjenigen Fällen erschienen, die als inficirte, zum Theil schwer septische Fälle zur Behandlung kamen. Es sind das alle die Fälle von Abscessen, Phlegmonen, Panaritien, Erysipel und ähnlichem, sowie die 4 sehr schweren Fälle von complicirten Fracturen.

Unter ausgiebiger Spaltung der Abscesse, Lapis wo nöthig, Loretin-Waschungen und Ausstopfen der Wunden mit Loretingaze, in manchen Fällen unter Anwendung von prolongirten Loretinbädern oder feucht warmen Umschlägen gelang es meist sehr bald, der Infection Herr zu werden, eine reine, gut aussehende, schön granulirende Wunde zu bekommen und den Patienten Gliedmassen und Function zu erhalten!

Was endlich die Anwendungsform anlangt, so wenden wir das Loretin selbst an:

1) als wässerige Loretinlösung 2:1000, zu Waschungen, Bädern etc.;
2) als 5proc. Loretinsalbe mit Vaselin und Lanolin;
3) als Loretinstäbchen 5proc. und 10proc.;
4) als Loretingaze fertig hergestellt;
5) als Loretincollodiumemulsion 4proc.;
6) als Streupulver mit Talc oder Magnesia rusta.

All' diese Mittel haben sich je nach Anweisung vorzüglich bewährt.

Doch vorzüglich in der Loretingaze kommt die hervorragendste Eigenschaft des Loretins zum Vorschein: Immer wieder erscheinen Mittheilungen von Autoritäten, welche die Anwendung von Jodoform- und Sublimat-Gaze zur Ausfüllung grosser Höhlenwunden und bei Laparotomieen verwarfen auf Grund von vorgekommenen Intoxicationen und Todesfällen; da ist gerade die Loretingaze bestimmt wegen zweier Eigenschaften eine grosse Lücke zu füllen!

1) Wegen der Ungiftigkeit des Loretins;
2) wegen der hohen Beständigkeit des Mittels.

Man kann nach Professor Claus Loretingaze wiederholt zu Sterilisirungszwecken bis auf 180 Grad erhitzen, ohne der Wirksamkeit zu schaden.

Vergiftungen sind bei diesen zahlreichen Anwendungen, darunter tägliche Ausspülungen grosser Höhlen mit Loretinlösung, Austamponiren mit Loretinlösungen, Bestäubungen mit Loretinpulver, auch wenn die Anwendung während längerer Zeit ununterbrochen fortgesetzt wurde, nicht vorgekommen.

Von Ammelburg wurden ja auch trotz sorgfältigster Untersuchungen niemals weder Albumin, noch Blut, Zucker oder Jod im Urin nachgewiesen und speciell das Letztere ist von Professor Albrecht ausdrücklich bestätigt worden.

Ferner fühlen sich Patienten, Arzt und namentlich auch die sonstige Umgebung, Wartepersonal und Angehörige sehr angenehm berührt von der absoluten Geruchlosigkeit des Loretin namentlich dem Jodoform gegenüber.

Auch der Preis kann für diese Anwendungen des Mittels nicht im Wege stehen, da bei dem jetzigen Preise des Loretins, wie er neuerdings in Baden von der Apothekencommission festgestellt ist, nämlich 1,60 Mark pro 10 Gramm, und bei den sehr geringen Mengen, die man gebraucht, das Loretin, wie seine Präparate, einen Vergleich namentlich mit seinem Hauptrivalen, dem Jodoform, gut aushält.

Dazu sei bemerkt, dass in nächster Zeit eine weitere wesentliche Preisermässigung des Loretins von der Fabrik aus (Farbwerke in Höchst) bevorsteht, so dass sich dann bei normaler Berechnung der Dispensirpreise die Anwendung der Loretinpräparate in der ärztlichen Praxis entschieden billiger als die von Jodoform stellen wird.

Die hier gebräuchlichen Receptformeln sind folgende, wobei jedoch zu bemerken ist, dass dieses nur diejenigen sind, die sich als einfachst herzustellende und praktisch brauchbare uns bewährt haben:

Rp. Lanolin, Paraffin āā 50,0, Loretin 5,0, M. f. ung.
S. Loretinsalbe.

Rp. bulgr. Cacao 50,0, Loretin, 2,5, M. D. S.
Zu Loretinstäbchen.

Rp. Collodii elast. 100,0, Loretin 4,0, M. O. S.,
Loretin collodium.

Rp. Adeps lan. 10,0, Oleum oliv. 3,0 Aqua dest. 2,0,
Loretin 1,5.

Rp. Adeps lan. 10,0, Loretin 5,0, Aqua dest. 40,0 (—30,0)
Oleum oliv. (0—6,0 ad lib.) Kühlsalbe.

Nach den früheren Angaben von Prof. Claus löst sich:

Loretin in Wasser bei gewöhnlicher Temperatur etwa 2:1000; Wismuth-Loretin löst sich sehr wenig; Calcium-Loretin, das neutrale rothe Salz, das in der Loretingaze enthalten ist, ist auch in Wasser sehr wenig löslich — etwa 1:1000.

Von der bekannten Fabrik pharmazeutischer Präparate: Eugen Dietrich in Helfenberg bei Dresden, werden in neuester Zeit auch ein sehr brauchbares 5proc. Loretin Colemplastrum und ebensolche Salbennulle hergestellt.

Um nun zum bakteriologischen Nachweis der Desinfectionskraft des Loretins überzugehen, so kann zunächst daran erinnert werden, dass von Schnaudigel, Ammelburg und Andern auch schon der Desinfectionswerth des Loretins festgestellt ist. Doch schien es wünschenswerth, direct zu untersuchen, inwieweit das Loretin den Vergleich mit andern Desinficientien auszuhalten im Stande ist, unter Zugrundelegung der von Herrn Professor Schottelius angegebenen Regeln, nämlich Rücksichtnahme auf folgende drei Factoren:

1) Concentrationsgrad, resp. Menge des betreffenden Desinficienz, und Art der Vertheilung;
2) Zeitliche Einwirkung desselben und
3) Bakterienart, auf welche das Desinfectionsmittel einwirken soll.

Aus den zahlreichen Untersuchungen, die zu dem Zweck angestellt wurden, will ich die folgenden in Tabellformen anführen.

Für die einzelnen Versuche wurden verwendet je 20 ccm einer, 2 Proc. des Desinficienz enthaltenden, wässerigen Lösung resp. Mischung von 1) Metacresol, 2) Lysol, 3) Carbol, 4) Loretin, 5) Jodoform, ferner zum Vergleich 6) die Controlflüssigkeit und 7) ein weiteres Fläschchen mit 20 ccm einer, 2 pro mille enthaltenden Loretinlösung; in einzelnen Fällen auch noch 1proc. resp. 2proc. Lösungen von Natriumloretin, um auch den Werth der geringprocentigen Loretinlösungen zur Anschauung zu bringen.

Zu diesen 20 ccm wurden je 3 Tropfen einer Bakterien-Reincultur, resp. Eiter hinzugefügt und 20 Minuten unter wiederholtem Umschütteln stehen gelassen, dann von jeder Mischung 4 Reagensröhrchen mit sterilisirter Bouillongelatine so inficirt, dass zu dem ersten Röhrchen 1 ccm des inficirten Desinfectionspräparates, zum zweiten und dritten je $^1/_2$ ccm und zu dem vierten $^1/_4$ ccm mit der Pincette gefügt wurden, tüchtig gemischt und dann auf Platten gegossen.

Die Resultate gehen aus den folgenden Tabellen hervor:

Tabelle I: **Cholera-Reincultur.**

15. III.	Metacresol 2 Proc.	Carbol Phenol absol. 2 Proc.	Lysol 2 Proc.	Loretin 2 Proc.	Loretin 2 pro Mille	Jodoform 2 Proc.	Control-Versuch
19. III.	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Auf allen 4 Platten: sehr spärliche Colonien	Zahlreiche Colonien
21. III.	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Zahlreiche Colonien	Zahlreiche Colonien
25. III.	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Zahlreiche Colonien	Zahlreiche Colonien

Tabelle II: **Staphylococcus pyogenes aureus Reincultur:**

18. III.	Metacresol 2 Proc.	Carbol 2 Proc.	Lysol 2 Proc.	Loretin 2 Proc.	Loretin 2 pro Mille	Jodoform 2 Proc.	Control-Versuch
21. III.	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Vereinzelte Colonien	Zahlreiche Colonien
26. III.	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Zahlreiche Colonien	Sehr zahlreiche Colonien
28. III.	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Zahllose Colonien	Zahllose Colonien

Tabelle III: **Milzbrand, Milzbouillon:**

9. IV.	Metacresol 2 Proc.	Carbol 2 Proc.	Lysol 2 Proc.	Loretin 2 Proc.	Loretin-Natrium 1 Proc.	Jodoform 2 Proc.	Control-Versuch
12. IV.	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Vereinzelte Colonien	Zahlreiche Colonien
15. IV.	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Zahlreiche Colonien	Zahlreiche Colonien
18. IV.	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Zahlreiche Colonien	Zahlreiche Colonien

Bei diesem Versuch wurde anstatt der Lösung von 0,2 proc. Loretin in Wasser eine 1 proc. Lösung von Loretin-Natrium in Wasser verwendet, um auch für dieses Präparat den Werth zu bestimmen.

Tabelle IV: **Bacterium coli, Reincultur:**

22. III.	Metacresol 2 Proc.	Carbol 2 Proc.	Lysol 2 Proc.	Loretin 2 Proc.	Loretin 2 pro Mille	Jodoform 2 Proc.	Control-Versuch
					Auf allen Platten:		
26. III.	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Zahlreiche Colonien, etwa ½ soviel als bei Jodoform	Zahlreiche Colonien	Zahllose Colonien
31. III.	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	dto.	Zahlreiche Colonien	Zahllose Colonien
3. IV.	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	dto.	Zahlreiche Colonien	Zahllose Colonien

Tabelle V: **Typhus-Reincultur:**

3. IV.	Metacresol 2 Proc.	Carbol 2 Proc.	Lysol 2 Proc.	Loretin 2 Proc.	Loretin-Natrium 1 Proc.	Jodoform 2 Proc.	Control-Versuch
6. IV.	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Zahlreiche Colonien
10. IV.	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Sehr wenige Col.	Ziemlich zahlr. Colonien	Zahllose Colonien
14. IV.	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Zahlr. Colonien: Retard. Wachsthum.	Je nach Platten	Zahllose Colonien

Tabelle VI: **Streptococcus, Reincultur:**

6. IV.	Metacresol 2 Proc.	Carbol 2 Proc.	Lysol 2 Proc.	Loretin 2 Proc.	Loretin-Natrium 1 Proc.	Jodoform 2 Proc.	Control-Versuch
11. IV.	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Zahlreiche Colonien
16. IV.	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Kein Wachsthum	Zahllose Colonien

Tabelle VII: **Phlegmonen-Eiter von sehr infectiöser Phlegmone.**
Streptococcen und Staphylococcen enthaltend.

20. IV.	Carbol 2 Proc.	Loretin 2 Proc.	Jodoform 2 Proc.	Control-Versuch
23. IV.	Retardirtes Wachsthum von Streptococcus-Colonien	Kein Wachsthum	Retardirtes Wachsthum von Streptococcus-Colonien	Sehr zahlreiche Colonien von Streptococcus und Staphylococcus
26. IV.	Retardirtes Wachsthum von zahlreichen Streptococcus-Colonien	Kein Wachsthum	dto.	dto.
30. IV.	dto.	Kein Wachsthum	dto.	dto.

Diese Tabellen zeigen deutlich die Desinfectionskraft des Loretins: Genauere Untersuchungen über den quantitativen Desinfectionswerth des Loretins werden noch vorgenommen und wird seiner Zeit eingehend darüber berichtet werden. Aber auch schon durch diese Versuche ist der hohe Desinfectionswerth des Loretins sicher erwiesen, namentlich gegenüber dem giftigen, ätzenden Carbol, sowie dem ebenfalls giftigen, unangenehm riechenden Jodoform, dem ausser in tuberculösen Affectionen überhaupt keine Stellung mehr gebührt: das geht besonders aus der letzten Tabelle klar hervor.

Was also schon früher theilweise nachgewiesen war, ist nunmehr erweitert und vervollständigt bei diesen Untersuchungen schlagend bewiesen worden. Das Loretin hat sich in praxi nach allen Richtungen hin bewährt als ein leicht anzuwendendes Desinficienz, das mit Geruchlosigkeit, Ungiftigkeit und Reizlosigkeit hohe bactericide Eigenschaften verbindet und sich dem praktischen Arzt als werthvolles Mittel zur Wundbehandlung seinem Arzneischatz beifügt.

Zum Schluss gestatte ich mir noch, Herrn Prof. Schinzinger für die Ueberlassung des Materials und die mannigfaltigen Anregungen zu dieser Arbeit, sowie Herrn Professor Schottelius und Herrn Dr. Kopp, Assistent des hygienischen Universitäts-Instituts zu Freiburg, für die liebenswürdige Unterstützung bei Ausführung der Untersuchungen meinen herzlichen Dank auszusprechen.

Aus der chirurgischen Klinik in München.

Ueber die Beziehungen der Traumen zu den malignen Geschwülsten.

Von Privatdocent Dr. *Ziegler*, I. Assistenzarzt.

(Schluss.)

b) Chronisches Trauma.

Man dachte früher, dass die linke Brust in Folge der vorwiegenden Rechtshändigkeit der Frauen, wodurch die linke Brust mehr zum Säugen benützt wird, vom Brustkrebs vorwiegend befallen werde; allein es scheint, als ob dadurch ein Ausgleich stattfände, dass in Folge der Rechtshändigkeit die rechte Brust mehr anderweitigen Traumen, z. B. bei der Arbeit ausgesetzt würde, wenigstens habe ich ebenso wenig wie andere Statistiker einen wesentlichen Unterschied zwischen rechter und linker Brust finden können.

Meine Statistik		Die vereinigten Statistiken von Volkmann, Billroth, Winiwerrter, Heinecke, Gurlt, Török, Hildebrand, Sprengel, Schulthess, Keser, Löwenthal, Krönlein,	
R	74	R	1356
L	96	L	1364.

Dagegen bestehen ausgesprochene Differenzen in der Häufigkeit, mit der die einzelnen Theile der Brustdrüse befallen werden, und meine Nachforschungen hierin stimmen völlig überein mit den bisherigen Angaben, dass die äussere Hälfte unverhältnissmässig mehr befallen wird als die innere, die obere mehr als die untere und von den 4 Quadranten am meisten der äussere obere; unter den 108 Fällen, wo ich Notizen über den Ort des ersten Beginnes verzeichnet finde, treffen über die Hälfte auf die äussere Hälfte, nur 26 auf die innere.

Ort des Beginnes:

Centrum	8	äussere Hälfte	16
innerer oberer Quadrant	18	innere „	1
„ unterer „	7	untere „	3
äusserer oberer „	27	obere „	15
„ unterer „	13		

Für die Prädilection der einzelnen Theile lässt sich wohl kaum ein anderer Grund finden, als dass eben die betreffenden Theile am meisten durch die Kleider, durch die Bewegung der Arme u. s. w. Schädigungen erfahren. Dass hiebei der Druck des Corsets eine Rolle spielen kann, ist nicht zu leugnen; hat doch schon der alte Richter „die Erfindung der verfluchten Pompadour" diesbezüglich geschmäht; in den Angaben meiner Kranken finde ich nur 1 mal den Druck des Corsets als Ursache des Brustkrebses beschuldigt. Als weitere Reizmomente finde ich unter den 170 Fällen verzeichnet:

3 mal direct nach der Geburt Entstehung der Geschwulst; 1 mal nach der Impfung; 1 mal im Anschluss an einen seit Jahren bestehenden Ausschlag; 1 mal nach Gesichtsrose; 16 mal vorausgegangene Mastitis (und zwar traten bei einer Patientin nach jeder Geburt Mastitis, bei einer Patientin bei jeder Lactation grössere Schmerzen auf).

Um den Einfluss der Mastitis zu beurtheilen, müssen wir die Zahl der Ledigen und Unfruchtbaren, ebenso wie die, über welche keine bestimmten Angaben betreff Geburten vorliegen, ausscheiden:

Keine bestimmten Angaben	44
1—4 partus	39
5—10 partus	36
11 und darüber	13
ledig oder unfruchtbar	38.

Nach v. Winckel erkranken 6 Proc. aller Puerperen an Mastitis; scheiden wir nun alle ledigen oder unfruchtbaren Frauen aus, ebenso die, über welche keine bestimmten Angaben betreff Geburt vorliegen, so bleiben 88, auf welche die 16 Mastitiden sich vertheilen, was einem Procentsatz von 18 entspricht, ein Dreifaches vom Normalen, das deutlich für den causalen Zusammenhang zwischen Mastitis und Carcinom spricht. Ein Vergleich der einzelnen Statistiken gibt schwankende Resultate:

Meine Statistik	unter 170 Fällen	16 mal	Mastitis	= 9 Proc.
Horner	„ 172 „	15 mal	„	= 8 „
Rapok	„ 86 „	7 mal	„	= 8 „
Billroth	„ 282 „	7 mal	„	= 2,5 „
Winiwarter	„ 114 „	24 mal	„	= 21 „
Oldecop	„ 250 „	36 mal	„	= 14 „
Wolff	„ 108 „	12 mal	„	= 11 „
Fischer u. Schulthess	„ 116 „	23 mal	„	= 20 „

Ob der Reiz des Stillens einen Einfluss auf die Entstehung eines Carcinomes hat, ist noch nicht klargestellt; Fischer-Zürich findet 85,2 Proc. der brustkranken Frauen, die gestillt, 14,8 die nicht gestillt, während in der Schweiz im Allgemeinen nur 30 Proc. überhaupt stillen.

Unter 77 diesbezüglichen Angaben habe ich 45 stillende, 36 nicht stillende Frauen gefunden, während die Gewohnheit des Stillens keineswegs in demselben Verhältniss in Südbayern steht; wenigstens sind in den Berichten des hiesigen Kinderspitals, das allerdings von dem ärmsten Theil der Bevölkerung aufgesucht wird, unter 40000 Kindern nicht einmal ganz 20 Proc. Brustkinder.

2) Carcinom der Lippen:

Unter 44 Lippencarcinomen betreffen 42 die Unterlippe und nur 2 die Oberlippe, 35 Männer, 7 Frauen, bei der Oberlippe ist je 1 Mann und 1 Frau betheiligt. Unter den 44 Fällen finde ich 5 einmalige Traumen, die Wunden gesetzt hatten, aus denen sich dann das carcinomatöse Geschwür entwickelte:

1) M. 52 Jahre. Das Trauma vor 3 Jahren eine Wunde, die nicht mehr heilte.
2) M. 52 Jahre. Fall eines Holzscheites auf das Kinn.
3) M. 54 Jahre. Verletzung mit dem Rasirmesser vor 4 Jahren.
4) M. 58 Jahre. Warze abgetragen, auf der Wunde entwickelte sich das Krebsgeschwür.
5) M. 61 Jahre. Vor 1 Jahr Verletzung an der Unterlippe, seitdem ein Geschwür.

Das Alter der betreffenden Patienten steht nicht unter dem Durchschnitt, von allen Lippencarcinomen fällt die Mehrzahl (16) auf die 50er Jahre. Von chronischen Reizzuständen finde ich erwähnt:

11 mal schon über 1 Jahr bestehende Borken und Rhagadenentwicklung, die immer wieder aufgekratzt wurde,

5 mal seit vielen Jahren bestehende Warzen, die oft weggekratzt wurden,

5 mal starkes Rauchen,

1 mal Reizung der Lippe durch einen scharfen Zahn.

Durch das auffällige Verhältniss zwischen Männern und Frauen, nach unseren Fällen wie 7:1, nach anderen, z. B. Wörner, Rapok, O. Weber wie 10:1 spricht sich meiner Meinung am deutlichsten der Einfluss des Rasirens aus; leider ist aus den Krankengeschichten nicht zu ersehen, wie viele von den betreffenden Kranken Bärte getragen haben; allein da bei unserer ländlichen Bevölkerung, ausschliesslich der Gebirgsbewohner, wenigstens bei den älteren Leuten das Barttragen nicht üblich ist und von den 43 Fällen alle Patienten, mit Ausnahme von 3, vom flachen Lande stammten, kann man wohl auch ohne bestimmte Notiz bei weitaus den meisten die Gewohnheit des Rasirens annehmen. Unter 50 Lippen und Wangenkrebsen hat Carmalt[8]) keinen einzigen bei Männern mit Vollbärten gefunden. Der Einfluss des Rauchens tritt bei uns mehr in den Hintergrund, vielleicht weil die stark reizenden kleinen Pfeifen hier nicht eingebürgert sind.

Die bekannte Thatsache, dass Carcinome auf dem Boden von gereizten Warzen sich entwickeln, ist bei Rapok[9]) mehr als bei mir ausgesprochen, so verzeichnet derselbe bei 47 Männern 42, bei 7 Weibern 5, wo vorher eine Warze bestanden hatte.

Für die Bedeutung des Traumas spricht auch das Missverhältniss zwischen Ober- und Unterlippe, welch' letztere ja den mannigfachen kleinen Läsionen weit mehr ausgesetzt ist als die Oberlippe; aus 8 Statistiken zusammen finde ich ein Verhältniss wie 17,7:1, aus meinen Fällen wie 21:1.

[8]) Virchow's Archiv, XXV, p. 481.
[9]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1890, p. 129.

3) Carcinome der Kopfhaut (Lippen ausgenommen).

Von 37 Fällen betrafen 22 Männer, 15 Frauen. Entsprechend der Exponirtheit des Kopfes und der häufigen Gelegenheit zu chronischen Reizen (Conjunctiva, Nase) sind die Carcinome der Kopfhaut ziemlich häufig, während in dem gleichen Zeitraum z. B. am Rumpfe, der mehr geschützt ist, kein einziges Hautcarcinom zur Beobachtung gelangte.

Einmalige Traumen liessen sich 8mal nachweisen, etwas mehr also wie in der Statistik Koch's[10]), der unter 145 Gesichtscarcinomen nur 15 Traumen fand. Der Ausgangspunkt war stets eine Wunde, aus der sich dann das Cancroid entwickelte.

1) M. 62 Jahre. Carcin. der Kopfhaut, Verletzung durch einen rostigen Nagel vor 1 Jahre.
2) M. 64 Jahre. Carc. nasi; vor 2 Jahren durch Holzsplitter an der Nase eine Wunde.
3) W. 75 Jahre. Carc. nasi; vor 4 Jahren Fall auf die Nase, die dabei entstandene Wunde heilte nicht mehr zu.
4) M. ca. 54 Jahre. Bei einer Rauferei wurde ihm die Ohrmuschel halb weggerissen; da die Wunde genäht werden sollte, entzog er sich der Behandlung; nach 1/2 Jahre kam er wieder mit einem mächtigen Carcinom in der ganzen Ohrgegend.
5) M. 64 Jahre. Carc. orb. Vor 8 Jahren in Anschluss an eine Erosion eine Verhärtung am Lid.
6) M. 47 Jahre. Carc. genae; Verletzung mit dem Rasiermesser vor 8 Jahren, seitdem ein Geschwür, das von Zeit zu Zeit zuheilte.
7) M. 51 Jahre. Carc. der Kopfschwarte; Fall als Kind auf das rechte Scheitelbein, dort seien nie Haare gewachsen; vor 12 Jahren neuerdings Stoss an derselben Stelle, seitdem Jucken und Nässen; die sich bildenden Borken wurden immer wieder weggekratzt; vor 1 Jahre fiel ein Ziegelstein auf dieselbe Stelle und von da ab entwickelte sich rapid ein Geschwür.
8) W. 74 Jahre. Carc. genae; vor 4 Jahren Insektenstich an der Wange, in Anschluss daran ein Geschwür.

Von chronischen Reizen sind hier wieder seit Jahren bestehende Warzen, die oftmals aufgerissen wurden, zu verzeichnen und zwar 16mal, 9 M., 7 W. (Rapok unter 59 Männern 41 mal, unter 68 Frauen 51mal). Im Uebrigen ist 1mal länger dauernde Furunculose, 1mal überstandener Rothlauf, unter 5 Lidcarcinomen 3mal schon viele Jahre vorher bestehende Augenentzündung als Ursache der Erkrankung angegeben. Der bei den Lippencarcinomen so auffällige Unterschied zwischen den beiden Geschlechtern ist hier mehr ausgeglichen.

4) Carcinome der Mundhöhle, Zunge, Kiefer, Parotis, Submaxillargegend. 46 Fälle, 31 männliche, 15 weibliche.

Acute Traumen sind 4mal notirt:

1) W. 59 Jahre. Carc. genae; vor 2 Monaten Biss in die Wange, nach 2 Tagen ein Knötchen, welches aufbrach, daraus ein Geschwür.
2) M. 40 Jahre. Carc. parot.; vor 2 1/2 Jahren Stoss an die rechte Wange, seitdem Verhärtung.
3) M. 56 Jahre. Carc. linguae; vor einigen Monaten beim Bremsen Biss auf die Zunge; seitdem Schmerzen, nach einigen Wochen ein Geschwür.
4) W. 62 Jahre. Carc. linguae; vor 15 Jahren Biss auf die Zunge; vor 2 Jahren durch Trinken von Lauge Verätzung der Zunge; in der Narbe entwickelte sich das Geschwür.

Von den chronischen Reizen finde ich nur 2mal starkes Rauchen, eine spärliche Ziffer, obwohl gerade das Rauchen den grossen Unterschied zwischen Männern und Frauen am ehesten erklären würde. Als häufigste Ursache figuriren bei den Kranken besonders beim Zungencarcinom die cariösen scharfen Zähne, unter 14 Zungencarcinomen 5mal, bei Kiefertumoren 2mal, in der übrigen Mundhöhle 1mal.

5) Carcinom des Penis.

Bei der Entstehung desselben spielt neben Verletzungen, die in der Literatur öfters als Ursache angeführt sich findet, hauptsächlich der durch die Phimose gegebene Reizzustand, welcher zu der der Psoriasis buccalis ähnlichen Psoriasis praeputialis führen kann, die Hauptrolle. Nach Demarquay bestand unter 59 Peniscarcinomen 42mal vorherige hochgradige Phimose, bei den Juden ist das Vorkommen der Phimose eine grosse Seltenheit.

Unter meinen 9 Fällen war einmal ein Trauma vorausgegangen,

69 Jahre. Vor 4 Monaten Verletzung an der Haut des Penis durch Stoss.

in 7 Fällen bestand hochgradige Phimose.

6) Primäre Extremitäten-Carcinome.

9 Fälle, bei 8 Männern, 1 Weib; sämmtliche entwickelten sich auf der Basis chronischer Reizzustände, 3 davon in Anschluss an acute Traumen auf der Basis eines chronischen Processes. Die Entwicklung der primären Extremitäten-Carcinome hängt so innig mit chronischen Reizen zusammen, dass man geradezu sagen kann, dass sich dieselben entwickeln entweder im Gefolge von Warzen, die ja durch ihre Prominenz oftmaligen kleinen Traumen ausgesetzt sind, oder von chronisch entzündlichen Processen. Unter den von R. Volkmann[11]) gesammelten 223 Fällen haben sich 98 auf Grund chronisch entzündlicher Hautveränderungen, 32 aus alten Fisteln, 11 aus angeborenen Warzen, 12 aus später erworbenen Warzen entwickelt. Das einmalige Trauma auf normaler Haut spielt keine nachweisbare Rolle, dagegen kann durch ein einmaliges Trauma auf entzündlich verändertem Boden rapide Krebswucherung eingeleitet werden. Unter den 9 Fällen fand die Entwicklung des Carcinoms 2mal von alten Knochenfisteln aus statt, 6mal von Geschwürsprocessen der Haut, 1mal von einer Warze. Eine ungewöhnlich frühe Entwicklung des Carcinoms zeigte sich nur in 2 Fällen. (7 und 9.)

1) M. 50 Jahre. Carc. femor. An der Fistel einer seit 32 Jahren bestehenden Oberschenkelnekrose, die nicht behandelt wurde und stets stark nässte, nach einem heftigen Stoss vor 1/2 Jahr Entstehung eines grossen Geschwüres. Exarticulat. In der enorm sklerosirten Femurepiphyse steckt ein grosser Totalsequester.
2) M. 56 Jahre. Carc. cruris. Fistel am Schienbein seit 40 Jahren, nach einem Trauma vor 4 Jahren Vergrösserung des Fistelgeschwüres.
3) M. 56 Jahre. Carc. crur. In der Narbe einer vor ca. 40 Jahren erlittenen Wunde seit 2 Jahren Ulceration.
4) M. 49 Jahre. Carc. crur. Seit vielen Jahren Varicen; vor 1 1/2 Jahren Quetschwunde am Unterschenkel, vor 1/2 Jahre neuerdings Stoss, daran anschliessend Ulceration.
5) M. 69 Jahre. Carc. crur. Im Jahre 1882 durch eine Lokomotive grosse Quetschwunde am Unterschenkel, die langsam vernarbte und nach 1 Jahr wieder aufbrach; 1885 bestand ein handtellergrosses Geschwür, seit 5/4 Jahren rasches Wachsthum des Geschwüres und fötide Secretion.
6) M. 56 Jahre. Carc. crur. Seit 30 Jahren Krampfadern und Fussgeschwüre; seit 14 Jahren Geschwür am Unterschenkel nicht mehr zugeheilt, seit 3/4 Jahren Vergrösserung des Geschwüres; vor einigen Tagen Spontanfractur. (Poliklinik)
7) M. 36 Jahre. Carc. digit. indic. Seit 10 Jahren Warze, seit 3/4 Jahren Wachsthum und geschwüriger Zerfall. Achseldrüsenschwellung. Da die Entfernung der Achseldrüsen nach Amputation nicht gestattet wurde, an Krebs gestorben.
8) W. 78 Jahre. Carc. metatars. Schrunde seit 1 Jahre, die immer wieder aufgekratzt wurde.
9) M. jetzt ca. 60 Jahre. Grosse Quetschwunde über die vordere Schienbeinfläche; in Folge vielen Reitens wurde die Narbe durch den Steigbügel gedrückt, 2 Jahre später ein Geschwür, das als Carcinom mikr. nachgewiesen wurde; erst 4 Jahre später Amputation gestattet; jetzt noch nach 20 Jahren gesund.

Diesen Fall verdanke ich der gütigen Mittheilung des Herrn Dr. Rupprecht.

7) Carcinome des Oesophagus. 12 Fälle, 10 Männer, 2 Weiber.

Von denselben sassen 4 in der Höhe des Kehlkopfes, 1 in der Höhe der Bifurcation, 5 direct oberhalb der Cardia; bei 2 fehlte nähere Angabe des Sitzes.

B. Sarkome: 171 Sarkome, 81 M., 90 W. einmalige Traumen 35, chronische Reiz-Zustände (inclusive Warzen) 32.

1) Sarkome des Kopfes und Halses (ausschliesslich der Kiefer) 34 Fälle, 21 M., 13 W.

Ein einmaliges Trauma lässt sich nur 2mal nachweisen:

1) W. 59 Jahre. Sark. nasi, seit einem Stoss vor 2 Jahren Verdickung.
2) M. 47 Jahre. Melanosark. orb. Vor 20 Jahren heftiges Trauma mit andauernden Schmerzen und Sehstörung, 11 Jahre später Vorwölbung des Bulbus, vor 5 Jahren Enucleat. bulbi, seit 1/2 Jahr Recidiv.

Die Bedeutung des Trauma für Entstehung von Bulbus-Sarkomen ist von Seite der Ophthalmologen allgemein aner-

[10]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1881, p. 129.

[11]) Klinische Vorträge, p. 3123.

kannt und es scheint nach Landsberg[12]) die Entstehung von Sarkomen nach traumatischer Chorioiditis keine Seltenheit.

Von chronischen Reizen finde ich 4 mal Warzen, von denen 2 wiederholt abgeschnitten wurden, 1 mal entwickelte sich ein Sarkom. nasi nach ½jähriger Eiterung am Augenhöhlenrande, 1 mal ein Sarkom der submaxillaren Drüsen in Anschluss an chronisch entzündliche Anschwellung derselben in Folge einer Barterkrankung.

2) Sarkome der Kiefer. 24 Fälle, 14 männliche, 10 weibliche.

Zweimal 1 Trauma

1) W. 25 Jahre. Vor 17 Jahren Stoss, seitdem Verhärtung.
2) W. 71 Jahre. Wurde von einem Kinde vor 1 Jahre gekratzt, seitdem „geschwollenes Gesicht".

1 mal entwickelte sich das Sarkom aus einer Warze.

Als häufigste Ursache werden Affectionen der Zähne angegeben, 10 mal und zwar wird die Entstehung der Anschwellung zum Theil auf fortschreitende Entzündung von Seiten der cariösen Zähne zurückgeführt, zum Theil aber auch direct auf die Extraction von Zähnen, auf den dabei bedingten Insult. Die Möglichkeit, dass auf das bei der Zahnextraction gesetzte Trauma eine Geschwulst sich bildet, ist nicht von der Hand zu weisen, wenn auch ein stricter Beweis, der die Entzündung ausschliessen müsste, kaum zu führen sein wird.

3) Sarkome und Adenosarkome der Mamma. 29 Fälle, R. 10, L. 19.

Als Ursachen finde ich 2 mal Mastitis, 1 mal wiederholter Druck an der Brotschneidmaschine, 6 mal ein einmaliges Trauma, in Anschluss an welches sich meist sogleich eine Verhärtung, ein kleiner Knoten ausbildete.

1) 45 Jahre. Vor 3 Jahren Fall auf die Brust, seitdem Verhärtung.
2) 65 Jahre. Vor 11 Jahren fiel ein Baumast auf die Brust, seitdem harter Knoten.
3) 39 Jahre. Stoss, erst 2 Jahre später Geschwulst.
4) 43 Jahre. Vor 2 Jahren fiel ein schwerer Sack auf die Brust, in Anschluss daran Verhärtung.
5) 25 Jahre. Vor 2 Jahren Stoss, darauf Knotenbildung.
6) 36 Jahre. Stoss vor 1 Jahr.

4) Bauchwandsarkome.

3 Fälle, sämmtlich Frauen, die geboren hatten, doch bewegt sich die Zahl der Geburten nur zwischen 3—5. In einem Falle entwickelte sich die Geschwulst in Anschluss an einen Stoss, einmal in Anschluss an eine schwere Zangengeburt. Gemäss der Thatsache, dass die Desmoide weit überwiegend beim weiblichen Geschlecht vorkommen und hier wieder fast ausschliesslich bei Frauen, die geboren haben, ist der mechanische Einfluss, den Gravidität und Gebäract auf die Bauchmusculatur ausüben, allgemein anerkannt. Ledderhose berechnete, dass auf 100 Fälle 90 Frauen kommen.

5) Sarkome der Niere:

Unter 6 Fällen 2 M., 4 W., 3 Traumen:

1) W. 38 Jahre. Seit einer Geburt vor 10 Jahren Schmerzen in der Lendengegend.
2) M. 46 Jahre. Vor ½ Jahr gegen einen Baum geschleudert, Stoss unterhalb des Rippenbogens.
3) W. 54 Jahre. Vor 6 Jahren Zerrung in der Lendengegend durch Ausgleiten, seitdem zeitweilige Schmerzen.

6) Hodensarkome:

Unter 8 Fällen 4 acute Traumen, an die sich sofort eine Vergrösserung des betreffenden gequetschten Hodens anschloss.

1) 46 Jahre. Vor 20 Jahren Stoss.
2) 30 Jahre. Vor 1 Jahr Quetschung des Hodens.
3) 43 Jahre. Vor 1 Jahr durch Sturz Quetschung des Hodens
4) ca. 60 Jahre. Leistenhode, der beim Heben eines schweren Gegenstandes gedrückt wurde, sofort heftiger Schmerz; 6 Wochen später rapides Wachsthum des Hodens.

Leistenhode fand sich im Ganzen 2 mal. Als weitere Ursachen sind verzeichnet: Druck durch die Pelotte des Bruchbandes 1 mal, entzündliche Schwellung des Hodens seit 16 Jahren 1 mal, Gonorrhoe vor längerer Zeit 2 mal.

7) Sarkome des übrigen Rumpfes:

Unter 23 Fällen, 14 M., 9 W. entwickelte sich das Sarkom 1 mal aus einer lange vorher bestehenden Warze, 4 mal ward ein Trauma beschuldigt.

1) M. 35 Jahre. Sarc. pelvis; Stoss durch einen Amboss am rechten Gefäss, nach Zurückgang der hochgradigen Schwellung Geschwulst am Kreuzbein.
2) M. 62 Jahre. Sarkom der Inguinalgegend; vor 10 Jahren heftiger Stoss durch einen Stier, darauf rasche Anschwellung.
3) M. 60 Jahre. Sarc. sterni; vor ¾ Jahren wurde er mit einem Holzprügel über Brust und Schulter geschlagen, seit 4 Monaten Geschwulst am Brustbein.
4) M. 28 Jahre. Retroperitoneales Sarkom. Heftiger Druck in der Gegend unterhalb des Rippenbogens vor 2 Jahren durch ein Pferd, Collaps, heftige Schmerzen; nach einigen Wochen konnte er das Bett verlassen, aber Fortbestehen der Schmerzen; ½ Jahr später zuerst eine Geschwulst bemerkt am Orte der Gewalteinwirkung. Unfallsangelegenheit. Gestorben am Sarkom.

8) Extremitäten-Sarkome:

Den interessantesten Antheil bezüglich des Trauma's nehmen die Extremitäten-Sarkome; ihre Beziehungen zum Trauma sind am meisten anerkannt, wenn auch zugegeben werden muss, dass gerade an den Extremitäten, da sie weitaus am häufigsten Gewalteinwirkungen ausgesetzt sind, grosse Neigung der Kranken besteht, Beziehungen zwischen vorausgegangenen Läsionen und nachfolgender Geschwulstbildung zu suchen. Unter 44 Fällen, die sich gleichheitlich auf Männer und Frauen vertheilen, finde ich 12 mal ein exquisites Trauma (9 M., 3 W.), das eine Wunde (3) oder eine Contusion (6) oder eine Distorsion (3) erzeugte; meist schloss sich an das Trauma direct die Geschwulstbildung an, in einem Fall in der Narbe der Verletzung erst nach 11 Jahren, in je 1 nach ½, 1 u. 2 Jahren. Die Zahlen der einzelnen Statistiken hierüber schwanken beträchtlich:

Meine Fälle	unter 44	Fällen	. . . .	12 Traumen
Coley . .	„ 18	„	. . . .	10 „
Gross . .	„ 165	„	(nur Sarkome der langen Röhrenknochen) . . .	fast die Hälfte
Wild . .	„ 423	„	. . . .	15 Traumen
Kirchner .	„ 76	„	(nur Sarkome der langen Röhrenknochen) . . .	10 „
Rapok . .	„ 39	„	. . . .	13 „
Nasse . .	„ 46	„	(nur Sarkome der langen Röhrenknochen) . . .	6 „

Meine Fälle traumatischen Ursprunges sind folgende:

1) M. 43 Jahre. Sarc. femor.; vor 9 Jahren Verletzung, an die sich starke Eiterung schloss, seitdem Verhärtung, welche seit 6 Jahren zunimmt.
2) M. 40 Jahre. Sarc. humeri; vor 3 Jahren starke Zerrung des Schultergelenkes, seit welcher Zeit starke Schwellung zurückblieb.
3) Ml. Sarc. plant.; vor 6 Jahren als Soldat bei einer grösseren Marschanstrengung plötzlich stechende Schmerzen an der Fusssohle, die nicht mehr schwanden, seit 2 Jahren wird die Geschwulst bemerkbar.
4) M. 40 Jahre. Sarc. femor.; vor 3 Jahren Quetschung des Oberschenkels, seitdem Verdickung.
5) M. 18 Jahre. Sarc. humeri; vor 4 Monaten Fall auf den rechten Arm; da er nur geringe Schmerzen hatte, konnte er seine Arbeit fortsetzen, 2 Tage später musste er einen ganzen Tag lang eine Dreschmaschine drehen, in Folge der grossen Anstrengung begann der Oberarm anzuschwellen, die Geschwulst ging bis auf eine bohnengrosse Härte wieder zurück, die auf Druck schmerzhaft blieb, seit 4 Wochen beginnendes rasches Wachsthum.
6) M. 47 Jahre. Sarkom in der Kniekehle; vor 15 Jahren Stoss, ½ Jahr später kleine Geschwulst, die für eine Gefässgeschwulst gehalten wurde; allmähliches Wachsthum. Pigmentsarkom.
7) W. 23 Jahre. Sarc. femor.; vor 13 Jahren Verletzung mit einem Messer, seit 2 Jahren Geschwulst an der Narbe.
8) W. 28 Jahre. Sarc. radii; vor 1 Jahr Schlag auf den Vorderarm, seitdem war derselbe dicker.
9) W. 34 Jahre. Sarc. olecrani; vor 3 Jahren Fall, in Anschluss daran Geschwulst.
10) M. 18 Jahre. Sarc. fibul.; vor 8 Wochen beim Gehen ausgeglitten, jedoch ohne zu fallen, sofort heftiger Schmerz, seitdem Anschwellung am Fibula-Köpfchen.
11) M. 55 Jahre. Myxosarc. pollic.; vor 4 Jahren durch eine losgelassene Winde Schlag auf den Daumen, in Folge dessen blauer Fleck, der 14 Tage blieb, 1 Jahr darauf an derselben Stelle Schwellung.
12) M. 69 Jahre. Sarc. pedis; vor ½ Jahre eine Schwiele aufgerissen, welche seitdem nicht mehr zuheilte.

Neben diesen einmaligen Traumen finde ich 5 mal vorausgehende chronische Entzündung:

[12]) Virchow's Archiv, 63. Bd.

1) W. 52 Jahre. Sarc. plant.; seit 3 Jahren Schwiele an der Fusssohle, die immer wieder aufgerissen wurde.
2) M. 51 Jahre. Melanosarc. crur. dext.; seit Kindheit Ausschlag am linken Unterschenkel, seit 40 Jahren auch am rechten; seit 8 Wochen dortselbst eine kleine schwarze Geschwulst.
3) M. 40 Jahre. Sarc. crur.; seit dem 17. Lebensjahr Schmerzen und Schwellung am Schienbein (chron. Ostitis).
4) W. 22 Jahre. Sarkom der Scheide der Achillessehne; schon seit früher Kindheit Verdickung; seit 2 Jahren Entwicklung eines Knotens mitten in der Verdickung.
5) W. 71 Jahre. Sarc. plant.; seit 3 Jahren Schwiele an der Fusssohle, die immer wieder aufgerissen wurde, wodurch ein Geschwür entstand.

Nach der gegebenen Zusammenstellung erhalten wir nun unter 328 Carcinomen 35mal ein einmaliges Trauma, 92mal chronische Reizzustände, unter 171 Sarkomen 35mal ein einmaliges Trauma, 32mal chronische Reizzustände; i. e. unter den hier in Betracht gezogenen 499 Geschwülsten 90mal ein einmaliges Trauma, 124mal chronische Reizzustände.

Wenn ich auch gerne zugebe, dass einige wenige Fälle von einmaligem Trauma einer strengen Kritik zweifelhaft erscheinen können, sei es, dass die Krankengeschichte ungenügend oder die Angaben der Kranken ungenau waren oder dass thatsächlich die Geschwulst ohne directen Zusammenhang nach dem Trauma auftrat, so gibt uns doch weitaus die Mehrzahl die Berechtigung aus dem sofortigen Uebergang von der Wunde oder Schwellung in die Geschwulst oder dem Fortbestand der Schmerzen nach dem Trauma die Geschwulstbildung auf das Trauma zurückzuführen. Ein derartig hoher Procentsatz, für das einmalige Trauma 18 Proc., für das chronische 25 Proc., spricht meiner Meinung nach doch sehr zu Gunsten der Virchow'schen Reiztheorie; allein, welcher Hypothese man auch immer huldigen mag, mit dem Factor des Traumas muss jede Theorie der Geschwulstbildung rechnen und es ist auch leicht möglich, sich für jede Theorie den Einfluss des Traumas zurechtzulegen. Nun ist aber die Aetiologie der Geschwülste nicht bloss eine rein wissenschaftliche Frage, sondern auch eine eminent praktisch wichtige, denn jeder Arzt in der Praxis kann in die Lage kommen, in dieser Beziehung, besonders bezüglich einmaliger Traumen, ein Parere abgeben zu müssen. Nehmen wir zuerst den selteneren Fall der strafrechtlichen Beziehungen. Ich erinnere an den Bauern (Fall 4 bei Carcinom der Kopfhaut), dem bei einer Rauferei die Ohrmuschel halb weggerissen wurde, wo aus der vernachlässigten Wunde innerhalb weniger Monate ein Carcinom sich entwickelte. Hätte der Bauer sich nach entwickeltem Krebs der regelrechten Behandlung unterworfen, hätte ihm die Ohrmuschel entfernt werden müssen, was einer dauernden Entstellung gleichkommt und diese dauernde Entstellung unterliegt für den Thäter, der ja nicht nur für die That, sondern auch für die weiteren Folgen der That verantwortlich gemacht wird, einer viel schwereren gerichtlichen Beurtheilung (schwere Körperverletzung § 224). Während derartige Fälle selten sind, beschäftigt uns das Unfallgesetz weit häufiger mit dieser Frage. Dabei ist es sehr wichtig, dass, selbst wenn man auf dem stricten Cohnheim'schen Standpunkt steht, wonach eine Geschwulst nur, wenn ein angeborener Keim vorher da ist, entsteht und also das Trauma nur den Ort bestimmt, die Versicherungsanstalten Rente bezahlen müssen, da sie für alle Folgen eines Unfalles, auch wenn dieselben nur in einer individuellen Eigenschaft des Verletzten ihren Grund haben, haftbar sind. Bei der Beurtheilung muss neben sicheren Zeugen des Unfalles im Allgemeinen die unmittelbare Folge verlangt werden, dass also der Tumor sich gleich an die durch die Läsion gesetzte Wunde oder Schwellung anschliesst oder wenigstens Schmerzen bis zum Beginn der Tumorentwicklung bestehen; ferner muss der Tumor da sich zuerst entwickeln, wo das Trauma eingewirkt hat: Wohlberechtigt hat z. B. das Schiedsgericht für Steiermark und Kärnten[13]) einen Entschädigungsanspruch bei allgemeiner Carcinose nach Brustquetschung abgewiesen, da die Krebsgeschwulst am Kopfe und in der Lendengegend sich zeigte. In einem Entscheid eines niederösterreichischen Schiedsgerichtes ist man den Unfallsansprüchen soweit entgegengekommen, dass ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Verletzung und Geschwulstbildung nicht nachgewiesen sein muss, da sich durchaus nicht ausschliessen lässt, dass ein solcher Zusammenhang besteht, auch wenn derselbe nicht bewiesen werden kann. Von unseren Kranken bezog der Patient mit dem retroperitonealen Sarkom, das sich im Anschluss an eine heftige Bauchcontusion entwickelte, Unfallsrente bis zum Tode; bei Fall 5 der Extremitätensarkome erfolgte ein abschlägiger Bescheid, da der Dienstherr die Angaben des Kranken eidlich bestritt. Ein weiterer Fall befindet sich in den Acten des hiesigen pathologischen Instituts, von Löwenthal erwähnt, wo bei einem Bergmann nach schwerer Contusion der Brust und Bauchregion ein Lungensarkom sich entwickelte, dem er nach 3 Jahren erlag; auch hier wurde die Unfallrente ausbezahlt. Während in diesen 3 Fällen die Sachlage eine ziemlich klarliegende war, können in anderen grosse Schwierigkeiten einem sicheren Entscheid, der das Recht beider Instanzen wahren soll, entgegentreten. Hier müssen wir in unserem Gutachten, nachdem wir auf Grund der Erwägung aller Umstände zu einer bestimmten Meinungsrichtung hinneigen, die einfache Wahrscheinlichkeit oder Unwahrscheinlichkeit eines causalen Zusammenhanges erklären und diese Erklärung genügt für den Schiedsspruch des Richters.

Ein Einwand, der bei der Entstehung der Geschwülste durch Traumen des öfteren erhoben wird, dass die Geschwulst schon vor dem Trauma vorhanden war und nur rascher wächst, hat für die Unfallsbeurtheilung weniger Bedeutung, da, wenn die schon vorhandene Geschwulst nach einem Trauma rasch zunimmt, trotzdem der Rubrikat die Vortheile des Unfallgesetzes geniesst, weil für die Entschädigungspflicht Verschlimmerung eines schon bestehenden Leidens gleichbedeutend ist mit der Hervorrufung eines völlig neuen.

Wie auch die Frage der Behandlung eventuell für die Versicherungsanstalten zu finanziellen Opfern ungerechtfertigt führen kann, möge zum Schlusse noch folgende Notiz zeigen, bei der es sich allerdings nur um einen gutartigen Tumor handelte. Vor 2 Jahren wurde uns von einer Unfallsgenossenschaft eine Frau zugesandt, bei der sich im Anschluss an einen Stoss ein Lipom am linken Oberarm entwickelte und die desswegen Unfallrente bezog; als die Kranke zu uns kam, war das Lipom kindskopfgross, hing aber ganz gestielt am Oberarm herunter, der Oberarm war durch die Grösse der Geschwulst bei jeder Bewegung hochgradigst behindert. Die ihr vorgeschlagene kleine Operation, den 2 fingerdicken Stil durchschneiden zu lassen, verweigerte die Patientin entschieden und es musste ihr weiters die Unfallrente zugebilligt werden, da niemand zu einer Operation nach dem Unfallgesetze gezwungen werden kann. Das Reichsgericht hat zwar wiederholt die Entscheidung gefällt, dass unter Umständen die Weigerung zu einer Operation eine Arglist bedeutet, welche die Verpflichtung zur Zahlung einer Entschädigung aufhebt, allein der praktische Werth dieser theoretischen Entscheidung ist nicht hoch anzuschlagen, da wohl meist der Beweis der Arglist nicht gelingen wird.

[13]) Kaufmann, p. 47.

Referate und Bücheranzeigen.

25. Jahresbericht des Landes-Medicinalcollegiums über das Medicinalwesen im Königreiche Sachsen auf das Jahr 1893. Leipzig, 1894.

Der Bericht enthält im ersten Abschnitt Angaben über die Thätigkeit der Organe der Medicinalverwaltung, im zweiten Mittheilungen über die öffentlichen Gesundheitszustände und die öffentliche Gesundheitspflege, im dritten über Aerzte und Heilanstalten, als Anhang Tabellen und einen Bericht über das Männerzuchthaus in Waldheim. Eine Reihe von eingehenden Einzelbeobachtungen und -Vorkehrungen, sowie verschiedene Specialberichte über besonders beachtenswerthe Dinge oder Anstalten verleihen dem Buche, abweichend von ähnlichen Veröffentlichungen, einen frischen Ton und werden auch den

Praktiker, der es zur Hand nimmt, zum Weiterlesen veranlassen. Anzuerkennen ist auch die rasche Bearbeitung und Veröffentlichung des Materials.

Um dem Leser einen Begriff davon zu geben, sei daraus Einiges von allgemeinerem Interesse angeführt. Das Landescollegium hat einen Antrag, die für arme Lungenkranken zu errichtenden Heilanstalten der Unterstützung von Seiten des Staates zu empfehlen, angenommen. Die ärztlichen Kreisvereine umfassten 78,9 Proc. der Civilärzte. Die Sterblichkeit betrug im Berichtsjahre 26,9 pro mille und hat seit 1887 nie mehr 27,0 erreicht. Die Geburtsziffer war 41,6, die geringste, mit Ausnahme des Vorjahres, seit 1887. (Die betreffenden Zahlen waren für Bayern im Jahre 1892 27,2 und 36.) Die grössere Geburtenzahl bewirkte, dass der Geburtsüberschuss, 48275, fast so gross war wie in jenem Jahre in Bayern. Die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre war 28,6 Proc. der Lebendgeborenen (in Bayern 27,4). Die Anzahl der Fälle, in welchen auf dem Leichenbestattungsscheine die Todesursache den Vermerk der ärztlichen Beglaubigung trug, hat sich wiederum vermehrt; sie betrug 53,8 Proc. aller Scheine. Von den angeführten Infectionskrankheiten hat Tuberculose der Lungen 7843, die aller Organe 8849 Todesfälle verursacht, Lungenentzündung 4863, Diphtherie 3887, Masern 1964, Keuchhusten 1335, Scharlach 1139, Kindbettfieber 349, Typhus 269. Auf 100000 Lebende trafen 215 Todesfälle an Lungentuberculose, 134 an Lungenentzündung, 107 an Diphtherie, 54 an Masern, 37 an Keuchhusten, 31 an Scharlach, 7 an Typhus. Der letztere ist so selten geworden, wie es noch niemals seit 1873, dem ersten Jahre der Erhebung der Todesursachen, der Fall gewesen ist. In den grösseren Städten kamen verhältnissmässig mehr Todesfälle an Lungenschwindsucht und Keuchhusten, aber weniger an Scharlach und Masern vor als in den kleineren und auf dem Lande. Die Vertheilung der Sterbefälle an diesen Krankheiten auf die einzelnen Jahreszeiten entsprach im Allgemeinen der in anderen Ländern gefundenen. Auch hier fiel das Maximum bei Puerperalfieber in den Winter, bei Lungenentzündung in das Frühjahr, bei Typhus in den Herbst. Bei Diphtherie traf es aber in den Herbst statt in den Winter; Masern und Scharlach hatten ihr Maximum statt im Frühjahr erst im Sommer, Keuchhusten im Herbst. Bei den 36 Pockenerkrankungen konnte meist Ansteckung von Böhmen her nachgewiesen werden. Ueber die Zahl der Krankheitsfälle finden sich ausserdem nur Angaben bezüglich Diphtherie, Scharlach und Typhus und dazu bemerkt noch der Bericht selbst, dass der Lücken darin gar zu viele seien, ja es komme vor, dass in einem Bezirke ebenso viele Todesfälle wie Erkrankungsfälle für dieselbe Krankheit gemeldet wurden. Selbst für den Typhus trifft dies zu; statt 1207 gemeldeter Erkrankungen daran schätzt der Bericht ihre Zahl auf 2000.

Sehr beachtenswerth sind die Mittheilungen über die Invaliditätsversicherung. Das durchschnittliche Alter der Antragsteller war z. B. bei vorwiegend im Freien beschäftigten Arbeitern $5^1/_2$, bei Frauen selbst 10 Jahre höher als bei den vorwiegend in geschlossenen Räumen beschäftigten. Wenn man ausser dem Hauptleiden auch die Nebenleiden der Invaliden mitberechnet, waren unter 100 Männern 26 mit Emphysem, 15 mit allgemeiner Schwäche, 14 mit Rheumatismus, 13 mit Unterleibsbrüchen, 8 mit Augenleiden behaftet; bei den Frauen waren am häufigsten allgemeine Schwäche, Emphysem, Rheumatismus, Augenleiden, Vorfälle oder Brüche. Für die industrielle Bevölkerung ist namentlich die Lungenschwindsucht ungünstig. Das durchschnittliche Alter der schwindsüchtigen Invaliden betrug bei den Männern 43, bei den Frauen gar nur 36 Jahre.

Sehr ausführlich und lehrreich sind die Angaben über Nahrungsmittel und Getränke. Es gibt ausser den Privatschlächtereien und 17 Schlachthöfen, welche Innungen gehören, bis jetzt erst 4 städtische Schlachthöfe in Sachsen. Nur etwa die Hälfte der Schlachtthiere wird einer Beschau unterworfen. In 20 Städten waren 18,26 Proc. der geschlachteten Rinder tuberculös, von den Schweinen 1,64 und zwar häufiger die Landschweine als die aus Oesterreich eingeführten, von den Kälbern 0,12 und von den Schafen 0,11 Proc. Die Zahl der trichinösen Schweine hat sich weiter vermindert und die Einführung der obligatorischen Trichinenschau scheint günstigen Einfluss gehabt zu haben. In Leipzig wurden $14^3/_4$ Proc. der Proben von Vollmilch vorschriftswidrig befunden. Seit Jahren zeigt es sich in der Regel, „dass die Zahl der Bestrafungen wegen Feilbietens minderhaltiger Milch bei verminderter Controle eine relativ bedeutendere ist, als zu Zeiten häufigerer Milchprüfungen“. Der Abschnitt über Wohnungspolizei bringt Beispiele von schlechten dichtbevölkerten Wohnungen. (Die Missstände, welche darin überall, nicht nur in Sachsen herrschen, werden wohl erst dann von Grund aus bekämpft werden, wenn Gemeinde und Staat neben Verbesserung und Schliessung schlechter Wohnungen die Herstellung guter Wohnungen direct fördern. Der Ref.) Sehr ungünstig sind auch vielfach noch die Zustände der Abtrittgruben. Beachtenswerth sind die Beobachtungen in Dresden über den Gehalt an pathogenen Keimen, welcher sich im Untergrund der Häuser nach Auffüllen mit Schutt gefunden hat. Wie sehr Fabriken die benachbarten Wasserläufe verunreinigen können, ergibt die Berechnung der meist organischen Stoffe, welche jährlich in der Kläranlage einer Wollwäscherei zurückgehalten werden; es sind nicht weniger als 200 Eisenbahnladungen von je 200 Centner. Gegenüber Schädlichkeiten beim Gewerbebetrieb und mangelhaften Schulhausbauten wurde entschieden auf Abhilfe gedrungen. In Dresden wurde die Zahl der Schulärzte von 3 auf 7 vermehrt. Ihr Wirkungskreis ist nach der abgedruckten Dienstordnung ein sehr weiter, dabei aber der Aufsicht des Stadtbezirksarztes untergeordnet. Bei den Impfungen blieb die Zahl der vorläufig zurückgestellten Erstimpflinge fortdauernd sehr hoch; es waren 23747 (in Bayern 1892 nur 8643) und verhältnissmässig sehr viele wurden auch pflichtwidrig den Impfungen entzogen (2483 = 2,06 Proc., in Bayern nur 964). 2 Todesfälle standen mit Wahrscheinlichkeit mit dem Impfen in Zusammenhang. Ein Arzt in Dresden wurde zu 150 M. Geldstrafe verurtheilt, weil er eine grosse Anzahl von Kindern nur mit je 2 Impfschnitten geimpft hatte.

Es ist sehr zu bedauern, dass auf die ausführlichen Jahresberichte der Irrenanstalten, namentlich den von Sonnenstein, den der neuen nach dem colonialen System angelegten, aus 29 Gebäuden bestehenden Anstalt Untergöltzsch, und endlich den von Dr. Krüger aus der Irrenanstalt für männliche Verbrecher in Waldheim nur hingewiesen werden kann. Letzterer spricht sich in entschiedener Weise für Unterbringung der irren Verbrecher in Anstalten aus, welche wie in Waldheim unter selbständiger ärztlicher Leitung stehend organisch und administrativ mit der zugehörigen Strafanstalt verbunden bleiben. Endlich ist zu bedauern, dass auch von der gehaltvollen Arbeit von M.-R. Geissler über die Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse des Männerzuchthauses in Waldheim nur der Titel angeführt werden kann. Dr. Kolb-Kaiserslautern.

Dr. **Wilh. Camerer**, k. württembergischer Oberamtsarzt: **Der Stoffwechsel des Kindes von der Geburt bis zur Beendigung des Wachsthums.** Meist nach eigenen Versuchen dargestellt. Tübingen, 1894.

Der auf dem Gebiete der Stoffwechselforschung rühmlich bekannte Verfasser gibt in der uns vorliegenden Veröffentlichung eine zusammenfassende, dem gegenwärtigen Stande der Wissenschaft entsprechende Darstellung seiner langjährigen und mühevollen, grösstentheils an seinen eigenen Kindern ausgeführten Untersuchungen, wobei insbesondere auch auf den Stoffwechsel im ersten Lebensjahre — ein bisher nur spärlich bearbeitetes Feld — Rücksicht genommen ist.

Das Werk zerfällt in 6 Hauptabschnitte: 1) Der Stoffwechsel des Kindes im Allgemeinen; Wachsthum; 2) Stoffwechsel des Kindes im 1. Lebensjahre; 3) Stoffwechsel von der Mitte des 2. Lebensjahres bis zum Ende der Entwicklungsperiode; 4) mechanische Theorie des Stoffwechsels; 5) Schwankungen der Stoffwechselfunctionen um ihre Mittelwerthe; 6) Verzeichniss der Literatur.

Die im 4. Abschnitte mit grosser Klarheit dargelegte mechanische Theorie des Stoffwechsels enthält interessante Auf-

schlüsse darüber, in welcher Weise die drei Factoren: Grösse der Oberfläche, Körperbewegung und Verdauungsarbeit den kindlichen Stoffwechsel beherrschen und seine Eigenthümlichkeiten herbeiführen.

Zahlreiche Tabellen, die den Gang der Versuche deutlich verfolgen lassen, sind dem Texte eingefügt; bezüglich der aus denselben sich ergebenden Thatsachen müssen wir auf das Original selbst verweisen. Für die verdienstvolle Arbeit ist die Kinderheilkunde in gleicher Weise wie die Physiologie dem Verfasser zu Dank verpflichtet. —r.

Dr. **Havelock-Ellis: Verbrecher und Verbrechen.** Mit 7 Tafeln und Textillustrationen. Autorisirte, vielfach verbesserte, deutsche Ausgabe von Dr. Hans Kurella. Leipzig, Wigand, 1894. 342 Seiten. Preis 5 M.

Ellis gibt in Kürze eine sehr schöne, mit ziemlich viel Kritik und ganz sine ira et studio abgefasste Zusammenstellung der Resultate der criminellen Anthropologie. Das gut übersetzte Werkchen ist demjenigen, welcher sich rasch in diesen Fragen orientiren will, vor allen Andern zu empfehlen.

Bleuler.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für innere Medicin. 1895, No. 27.

R. v. Limbeck und L. Steindler: **Ueber die Alkalescenzabnahme des Blutes im Fieber.** (Aus der k. k. Kranken-Anstalt Rudolph-Stiftung in Wien.)

Nach der Ansicht mehrerer Autoren besteht bei fieberhaften Infectionskrankheiten eine Alkalescenz-Verminderung des Blutes. Im Gegensatz hierzu weisen die Verfasser an grösseren Versuchsreihen nach, dass eine Abnahme der Alkalescenz des Blutes oder des Serums die fieberhaften Processe, wenn überhaupt, so durchaus nicht immer begleitet. Vielleicht würde die relative Oligoplasmie, welche bei fieberhaften Infectionskrankheiten eine häufige Erscheinung ist, genügen, um eine Alkalescenzabnahme des Blutes nach den Methoden von v. Jaksch und Kraus zu erklären. W. Zinn-Berlin.

Deutsches Archiv für klinische Medicin. 55. Band. Festschrift zum 70. Geburtstage v. Zenker's.

a) Aus dem med. klinischen Institute zu München.

1) v. Ziemssen: **Klinisches zur Lehre von der chronischen Nephritis.**

Die klinische Differenzirung der beiden Formen von chronischer Nephritis ist meist gut möglich, obwohl eine scharfe pathologisch-histiologische Scheidung zur Zeit meist unthunlich ist, da die Mischformen beider, bei denen sämmtliche Gewebsbestandtheile der Nieren afficirt sind, die Majorität der Fälle bilden. Diagnostische Schwierigkeiten bereiten dem Kliniker einmal die Uebergangsformen von der parenchymatösen zur interstitiellen Nephritis, die man wohl als eine durch regenerative Vorgänge bedingte Spontanheilung betrachten kann, und die ganz chronisch verlaufenden Fälle, bei denen sich bedeutende Albuminurie über eine grosse Reihe von Jahren hinzieht, ohne dass das Allgemeinbefinden wesentlichen Schaden leidet; diese letzteren Fälle ist v. Z. auf circumscripte Entzündungsherde, aus denen der Eiweissverlust stammt, zurückzuführen geneigt; sie können heilen, können aber auch, wie in den meisten derartigen Fällen, unter dem Einflusse irgend einer Schädlichkeit aufflackern und das gesammte Nierenparenchym ergreifen.

Für die Beurtheilung der Wandlungen im Verlaufe der chronischen Nephritis und für die Prognose haben sich nun wichtige Anhaltspunkte ergeben aus der ständigen Controle des Hämoglobingehaltes des Blutes und des Blutdruckes. Das Hb. nimmt ab bei der parenchymatösen Nephritis und der Grad des Absinkens entspricht im Allgemeinen der Schwere der Erkrankung; bei der interstitiellen Nephritis vermisst man eine Abnahme des Hb. Bei der parenchymatösen Nephritis sinkt Anfangs der Blutdruck und erhebt sich erst im späteren Verlaufe über die Norm; bei der interstitiellen Nephritis ist von Anfang an Steigerung des Blutdruckes zu verzeichnen, die über das Doppelte des normalen Druckes erreichen und — mit geringen Schwankungen — sich auf dieser Höhe erhalten kann.

2) Rieder: **Zur Kenntniss der Dilatation und Hypertrophie des Herzens in Folge von Ueberanstrengung und der idiopathischen Herzerkrankungen überhaupt.**

R. gibt im Anschluss an die Mittheilung dreier Fälle eigener Beobachtung — acute Dilatation resp. Hypertrophie schon vorher geschwächter Herzen nach körperlichen Anstrengungen — eine eingehende Analyse der idiopathischen Herzerkrankungen von pathologischem und klinischem Standpunkte aus, die sich zu kurzem Auszuge nicht eignet.

3) Barlow: **Ueber Adenomata sebacea.** (Fall dieser seltenen Affection mit Tafeln.)

Feststellung des derzeitigen Standpunktes der Frage mit ausführlicher kritischer Sichtung des in der Literatur niedergelegten Materiales. Auch diese für den pathologischen Anatomen und Dermatologen wichtige Arbeit eignet sich nicht zum Auszuge.

b) Aus dem pathologischen Institute zu Kiel:

4) Heller: **Beitrag zur Lehre vom Soor.**

Aus H.'s Beobachtungen geht hervor, dass der Soorpilz in seiner Wichtigkeit bisher bedeutend unterschätzt wurde. H. konnte nämlich nachweisen, dass dieser nicht nur auf Plattenepithelien sich ansiedelt und nur oberflächlich wuchert, sondern dass auch Cylinderepithel nicht verschont wird, dass die Soorfäden die Epithelien durchdringen, im Bindegewebe wuchern und in sehr vielen Fällen in Blutgefässe eindringen und so eine Allgemeininfection herbeiführen. Auf diese Weise wird auch Secundärinfectionen eine Eintrittspforte bereitet, so dass in sehr vielen Fällen dem Soorpilz der schlimmere Verlauf einer Krankheit zuzuschreiben ist, die ohne sein Hinzutreten vielleicht leichter verlaufen wäre.

5) Heller: **Ueber subpleurale Lymphdrüsen.**

H. lenkt die Aufmerksamkeit auf die über die ganze Lungenoberfläche unter der Pleura — besonders in den interlobären Pleuraflächen an den Knotenpunkten der interlobulären Septa — zerstreut liegenden Lymphdrüsen, die hauptsächlich bei den Inhalationserkrankungen der Lungen als Filter von Wichtigkeit sind; sie sind es, die die bei diesen Erkrankungen gefundenen Pseudotuberkeln darstellen und die zur Verwechslung mit geheilter Tuberculose geführt haben.

6) Stöcklin: **Eröffnung der Vena anonyma durch ein zerfallendes Gumma.**

Casuistische Mittheilung: Gumma des M. sternocleidomastoid., Perforation der Trachea, Arrosion der Vena anonyma, Exitus unter dem Bilde profuser Lungenblutung.

7) Geisse: **Zur Frage der Trichinenwanderung.**

Auf Grund von Fütterungsversuchen, die an jungen Katzen und Kaninchen angestellt wurden, kann G. die Angabe, dass die erwachsenen weiblichen Darmtrichinen aus dem Darmlumen auswandern und auf dem Wege der Lymphbahnen durch das Mesenterium bis in die Mesenterialdrüsen gelangen und erst da die Embryonen zur Welt bringen, nicht bestätigen. Vielmehr scheinen die Darmtrichinen sich mit Vorliebe in der Lichtung der Schlauchdrüsen des Dünn- und Dickdarmes aufzuhalten, wo sie auch die Embryonen zur Welt bringen. Ihr Sitz befähigt sie, den Versuchen, sie durch Abführmittel oder Anthelminthica zu entfernen, erfolgreich zu widerstehen. Die Verbreitung der Embryonen vom Darme aus über den Körper geschieht hauptsächlich durch Vermittlung des Gefässsystems, daneben besteht in geringerem Maasse eine active Wanderung der Würmer durch Darmwand, Bauchhöhle und das umliegende Bindegewebe.

8) Wendeler: **Zur Histologie der syphilitischen Erkrankung der Hirnarterien.** (Mit einer Tafel.)

Untersuchungen eines Falles. Die hauptsächlichsten Veränderungen fanden sich an der Intima der Gefässe: Endarteriitis obliterans, die sich von den nicht luetischen Formen der Endarteriitis unterscheidet durch Neubildung einer deutlichen Membrana fenestrata, was als diagnostisches Kriterium für Syphilis verwendet werden kann.

9) Ritter: **Ein Beitrag zur Lehre von den Oesophagusdivertikeln.**

Die Tractionsdivertikel entstehen durch Zug, hervorgerufen durch entzündliche Verwachsungen des Oesophagus mit der Umgebung, meist mit den bronchialen und trachealen Lymphdrüsen, die Pulsionsdivertikel entstehen durch den Druck beim Schlingacte, wenn die Muscularis des Oesophagus an umschriebener Stelle durch Auseinanderweichen der Muskelfasern insufficient geworden. R. zeigt nun an dem verhältnissmässig grossen Material der Kieler Sammlung, dass aus einem Tractionsdivertikel sich ein Pulsionsdivertikel secundär entwickeln kann, dass nicht selten diese secundären Pulsionsdivertikel zu verjauchender Lymphadenitis und Mediastinitis führen und dass höchst wahrscheinlich Tractionsdivertikel nicht selten den Ausgangspunkt für die Entwickelung von Speiseröhrenkrebsen darstellen.

10) Döhle: **Ueber Aortenerkrankung bei Syphilitischen und deren Beziehung zur Aneurysmenbildung.**

Die syphilitische Entzündung der Aorta ist makroskopisch gekennzeichnet durch strahlig narbige Einziehungen und grubenförmige Vertiefungen der Innenfläche. Daneben kann eine Wucherung der Intima (chronische Endarteriitis) bestehen. Die Einziehungen sind aber der wichtigere Theil der luetischen Erkrankung und sind bedingt durch diffuse und gummöse Entzündungen in der Media und Adventitia, die hier zur Entwickelung narbigen Bindegewebes führen. Die entzündlichen Veränderungen der Media ermöglichen die Bildung von Aneurysmen.

11) Deetjen: **Ein Fall von primärem Krebs des Ductus choledochus.**

Fügt den bisher mitgetheilten 15 Fällen einen neuen eigener Beobachtung an. Sittmann-München.

(Schluss folgt.)

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 40. Band, 5. und 6. Heft. Leipzig, F. C. W. Vogel. Ausgegeben 30. V. 95.

1) Ambrosius: **Bericht über die im Landkrankenhause zu Hanau vom 1. April 1891 bis Ende December 1893 ausgeführten Tracheotomieen bei Diphtherie.**

99 Tracheotomieen mit 46 Genesungen = 46,5 Proc. Der Bericht unterscheidet 2 Perioden, deren erste 54 Tracheotomieen mit 14 = 26 Proc. Heilungen, deren zweite 45 Tracheotomieen mit 32 = 71 Proc. Heilungen umfasst. Die geringere Sterblichkeit der zweiten Periode ist darauf zurückzuführen, dass weniger Kinder an absteigendem Croup erkrankten. Und für dieses seltene Auftreten des absteigenden Croups sucht Verf. den Grund darin, dass die Trachea mit Sublimat ausgepinselt und der oberhalb der Canüle befindliche Luftröhrenabschnitt mit Jodoformgaze tamponirt wurde.

2) Finotti: **Ueber Tuberculose des Calcaneus.** (Aus der chirurg. Klinik zu Innsbruck.)

40 Fälle von Tuberculose des Calcaneus. Die operative conservative Behandlung derselben ergibt im Allgemeinen günstige Erfolge. Nur wenn auf dem Wege der Sehnenscheiden die fungösen Wucherungen weit in die Planta pedis vorgedrungen, ist die Amputation vorzunehmen.

3) Eisendrath: **Ueber den Einfluss von Aether und Chloroform auf die Nieren.** (Aus dem Neuen allgem. Krankenhause in Hamburg.)

Untersuchungen an 130 Harnen führten den Verf. zu folgenden Schlüssen:

Albuminurie tritt häufiger nach Chloroform- als nach Aethernarkose auf (Verhältniss 33:25). Cylindrurie mit und ohne Eiweiss tritt nach Chloroform- und Aethernarkosen gleich häufig auf, verschwindet aber rascher nach Aethernarkosen.

Eine bereits vorhandene Albuminurie wird häufiger durch Aether als durch Chloroform gesteigert.

4) Kappeler-Münsterlingen: **Erfolgreiche Exstirpation eines Endothelioms des Sulcus Rolando.**

43jähriger Mann. Sehr allmählich auftretende Parese des rechten Armes und Beines, Kopfschmerzen, Krämpfe wie bei Jackson'scher Epilepsie, in den paretischen Theilen beginnend. Keine Stauungspapille. Freilegung des Sulcus Rolando. Exstirpation eines leicht auszulösenden enteneigrossen Tumors (Endotheliom) aus dem oberen Theil des Sulcus. Völlige Heilung.

5) Rose-Berlin: **Die Eigenthümlichkeiten der Einklemmung bei inneren Hernien.**

Eine 68jährige Frau erkrankte an den Symptomen der inneren Einklemmung. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurde durch Zug am Dünndarme alsbald die abgeschnürte Stelle freigelegt. Darnach Schluss der Bauchhöhle. Patientin starb nach drei Tagen an zunehmender Herzschwäche. Bei der Section fand sich an der Mesenterialwurzel, unmittelbar unter dem Duodenum, eine wallnussgrosse Taschenbildung, über deren Hals die Arteria mesenterica superior hinwegging. Es handelte sich also um eine Hernia meso-gastrica dextra (Gruber.)

Auffällig war in diesem Falle eine entzündliche Schwellung der Gekrös- und auch der Schenkeldrüsen. R. erklärt dieselbe bedingt durch Resorption von Bruchwasser.

6) W. Körte-Berlin: **Zur chirurgischen Behandlung der Geschwülste der Ileo-Coecalgegend.**

K. hat bei 16 Tumoren der Ileo-Coecalgegend operirt, 10 Carcinome, 5 tuberculöse Tumoren, 1 Aktinomykose. 9 Tumoren wurden mit Exstirpation behandelt (4 Carcinome, 4 Tuberculose, 1 Aktinomykose). Von diesen 9 ist kein Patient an den Folgen der Operation gestorben.

Sehr wichtig erscheint in allen Fällen eine frühzeitige Diagnose. Für die Operation hielt K. drei Dinge für sehr wesentlich: 1) sorgfältigste Blutsparung, 2) Abschluss des Operationsgebietes von der übrigen Bauchhöhle durch sterile Gaze, 3) völlig aseptisches Operiren; nur zur Drainage kommt etwas Jodoformgaze in die Bauchhöhle.

Bei Tumoren, die eine Radical-Operation nicht mehr zulassen, ist die Enteroanastomose mit Darmausschaltung als Nothbehelf gerechtfertigt.

7) Goldstein-Berlin: **Ueber Lähmungen des Nervus radialis in Folge von Fracturen des Humerus.** (Aus Moabit-Berlin.)

Kritische Zusammenstellung der einschlägigen Literatur. Zwei neue Fälle: 1) Secundäre Lähmung in Folge Einbettung des Nerven in Callusmassen. Operation. Auslösung des Nerven. Heilung. 2) Secundäre Lähmung in Folge Knickung des Nerven über einem Callusvorsprung. Operation. Heilung. Krecke.

Centralblatt für Gynäkologie. 1895, No. 26.

B. E. Hadra (San Antonio, Texas): **Einige Worte über Cystocelenoperationen.**

Die meisten in Folge einer Geburt auftretenden Scheidenrelaxationen entstehen dadurch, dass die Scheidenwand durch Verschiebung von ihrer Unterlage abgelöst wird. Von diesem Gesichtspunkte aus muss eine rationelle Therapie eines Scheidenprolapses darauf hinzielen, die Scheidenwand auf ihrer Unterlage wieder zu befestigen. Verhältnissmässig leicht gelingt dies bei Ablösung und dann Tiefertreten der vorderen Wand (Cystokele) durch Aufnähen des, nöthigenfalls verkleinerten, Vaginallappens auf die vordere Cervixwand, eine Operation, die von V. seit längerer Zeit mit Erfolg geübt und die im Original genauer beschrieben wird. Eisenhart-München.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. VI. Band, 5. und 6. Heft. Leipzig, F. C. W. Vogel.

1) Oppenheim: **Die Prognose der acuten, nicht eiterigen Encephalitis.**

Die acute, nicht eiterige Encephalitis ist bisher mehr durch Sectionen als durch klinische Beobachtungen bekannt geworden. O. berichtet über den Krankheitsverlauf von 6 Fällen, bei denen mit Wahrscheinlichkeit ein infectiöser encephalitischer Herd angenommen werden konnte und zur Ausheilung kam. Zu allgemeinen meningitischen Symptomen traten in diesen Fällen besonders stark ausgeprägte Herdsymptome, die theils auf die Localisation in der Hirnrinde, theils im Hirnstamme hinwiesen (Aphasie, Hemiplegie, Coordinationsstörungen, Lähmung bulbärer Nerven etc.). Die Möglichkeit, dass aus disseminirten encephalitischen Herden die multiple Sklerose sich entwickeln kann, wird betont.

2) Dinkler: **Ein Fall von Hydrocephalus und Hirntumor (Hemiplegia dextra, Sarcoma lobi parietalis dextri).** (Med. Klinik Heidelberg.)

Bei einem 4jährigen Kinde entstand rasch cerebellare Gangstörung, rechtsseitige Hemiparese, Stauungspapille, ausserdem bestanden Anfälle von Rindenepilepsie auf der linken Seite. Die Autopsie ergab starken Hydrocephalus besonders der linken Hemisphäre mit degenerativen Veränderungen in Rinde und Marklager und ein (secundär entstandenes?) piales Sarkom des rechten Scheitellappens.

3) Schmidt: **Ein Fall vollständiger isolirter Trigeminuslähmung** nebst Bemerkungen über den Verlauf der Geschmacksfasern der Chorda tympani und über trophische Störungen. (Med. Poliklinik, Bonn.)

Bei einem 52jährigen Manne entwickelte sich ohne ersichtlichen Grund Anästhesie im gesammten linksseitigen Trigeminusgebiet, Schwäche der Kaumusculatur (elektrische Erregbarkeit erloschen), Störung der Geschmacksempfindung auf den vorderen zwei Dritteln der Zunge, Zahnausfall u. s. w. Aus diesem und einem zweiten analysirten Falle schliesst Sch., dass der 3. Ast des Trigeminus und nicht der 2., wie meist angenommen, die Geschmacksfasern der Chorda zwischen Ganglion Gasseri und Ganglion oticum enthalte.

4) v. Bechterew: **Die Tetanie.**

Ein 24jähriger Soldat mit Tetanie bot die bemerkenswerthe Erscheinung, dass die Anfälle nicht nur bei Druck auf die Nerven, sondern auch auf Arterien und Muskeln auslösbar waren. Die mechanische und elektrische Muskel-, Nervenerregbarkeit war erhöht, die letztere nahm bei wiederholter Reizung auch mit gleichstarken Strömen bedeutend zu. Es muss also als Gegenstück zu der anderweitig beobachteten „Erschöpfungsreaction" hier das Bestehen einer „Erregungsreaction" angenommen werden. Im fraglichen Falle hatte sich die Tetanie unter gastrischen Symptomen (toxisch?) entwickelt. Chr. Jakob-Bamberg.

Berliner klinische Wochenschrift. 1895, No. 26.

1) E. Mendel: **Ueber den Schwindel.**
Siehe diese Wochenschrift 1895, S. 522.

2) Backhaus-Göttingen: **Ueber Herstellung von Kindermilch.**
Schluss folgt.

3) Loewenstein-Trier: **Zur Frage der chirurgischen Behandlung der Gallensteinkrankheit.**

Bericht über 5 Cholecystotomien. L. steht im Wesentlichen auf dem Riedel'schem Standpunkte.

4) F. Blumenthal-Berlin: **Klinische Beobachtungen über Pentosurie.**

Die Arbeit schliesst sich an die Mittheilung von Salkowski an (siehe diese Wochenschrift 1895, S. 454). Die Pentosurie ist von den Kohlehydraten der Nahrung unabhängig. Nach den bisher bekannt gewordenen Fällen ist die Pentosurie nicht als eine das Leben gefährdende Stoffwechselanomalie anzusehen.

5) Talma-Utrecht: **Die Indicationen zu Magenoperationen.**

Verf. kommt nach seinen Erfahrungen zu der Schlussfolgerung, dass beim Ulcus sowohl wie beim Carcinom die beste operative Behandlung die Gastroenterostomie ist. Er weist auf die Schwierigkeiten hin, die selbst dem tastenden Finger für die Diagnose des Sitzes des Ulcus erwachsen. Ein Suchen ist hier zwecklos; nach der Gastroenterostomie kann das Ulcus von selbst heilen.

Fast die Hälfte aller Pyloruscarcinome entstehen aus einem Geschwür. Oft ist schon Carcinom anzunehmen, wenn die mikroskopische Untersuchung noch keine Epithelwucherung nachweisen kann (?). Wird besonders in solchen Anfangsstadien die Gastroenterostomie gemacht, so fällt der die Carcinombildung befördernde Reiz der Ingesta weg: der Kranke kann gesund werden. T. verwirft die Pylorektomie. Die Gastroenterostomie ist die indicirte Operation bei einem chronischen Geschwür am Pylorus.

6) Brunner-Zürich: **Ueber Wundscharlach.**
Fortsetzung folgt. Kr.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1895. No. 26 und 27.

No, 26. 1) J. Hirschberg-Berlin: **Ueber Netzhautentzündung bei angeborener Lues.**

Kommt nach Abschluss der Arbeit zum Referat.

2) W. Lublinski-Berlin: **Ueber Lähmungen in den oberen Wegen bei Infectionskrankheiten (Typhus abdominalis, Diphtherie, Influenza).**

Es ist anzunehmen, dass die bei Typhus auftretenden laryngealen Erscheinungen entschieden häufiger auf Stimmbandparalysen zurückzuführen sind, als gewöhnlich angenommen wird und dass dieselben wegen der Schwierigkeit der Untersuchung nicht richtig beurtheilt und nicht selten irrig als auf Schleimhaut- oder Knorpelerkrankungen beruhend aufgefasst werden. Die Zahl der bis jetzt publicirten Fälle beträgt etwa 20; V. berichtet über 6 eigene Beobachtungen. Alter und Geschlecht scheinen ohne Einfluss; der Eintritt der Affection fällt gewöhnlich in die Zeit der Reconvalescenz. Mitunter besteht eine gröbere materielle Läsion der Nerven, häufiger aber fehlt eine solche und man muss periphere Neuritis oder Poliomyelitis ant. annehmen. Bezüglich des Verlaufs scheint spontane Heilung die Regel. Die von L. bei Typhus beobachteten Formen der Kehlkopfparalysen waren: Lähmung der Erweiterer (häufigste Form und zugleich schwerste, sie erfordert fast stets die Tracheotomie), Lähmung eines und auch beider Nn. recurrentes. Die Fälle werden kurz mitgetheilt.

Bezüglich der postdiphtheritischen Lähmungen macht L. einige interessante Angaben über das Verhalten derselben bei der Serumtherapie. V. fand, dass jene bei Anwendung von Heilserum vielleicht häufiger sind, jedenfalls früher und nicht, wie sonst nacheinander (zunächst Gaumen und Stimmband, dann Accommodation und Augenmuskel, zuletzt Unterextremitäten), sondern fast gleichzeitig eintreten. Menge und Concentration des Heilserums scheint ohne Einfluss.

Schliesslich beschreibt V. einen Fall von linksseitiger Posticusparalyse in Folge von Influenza, in welchem andere ätiologische Momente mit Sicherheit auszuschliessen waren.

3) Fel. Hirschfeld-Berlin: **Ueber das Coma diabeticum.**

S. das Referat dieser Wochenschrift S. 406.

4) F. Plehn: **Ueber das Schwarzwasserfieber an der afrikanischen Westküste.** (Fortsetzung.)

S. das Referat dieser Wochenschrift S. 482.

5) Walt. Albrand: **Bemerkungen über einige äussere Krankheiten des Auges.** (Schluss.)

Neben Lues sind als ätiologische Momente für die parenchymatöse Hornhaut-Entzündung auch heftigere rheumatische Affectionen der Muskel und Gelenke zu berücksichtigen. Die Therapie muss eine locale und gegebenen Falls entsprechende allgemeine sein.

Die (Epi-) Skleritis kommt hauptsächlich bei Erwachsenen und hier besonders bei Frauen vor. Recidive und Mitbetheiligung der Iris etc. sind nicht selten. In einer Anzahl von Fällen besteht offenbar ein Zusammenhang mit Allgemeinleiden (Lues, Rheumatismus, Tuberculose).

Auch die Iritis fand sich vorzugsweise bei Frauen. Unter den zu Grunde liegenden Allgemeinkrankheiten sind besonders Lues, Rheumatismus, Infectionskrankheiten und Tuberculose zu nennen. Auf die übrigen zahlreichen Angaben bezüglich der Aetiologie, Therapie etc. kann hier nicht eingegangen werden.

6) G. Buschan: Persönliche Bemerkung gegenüber Dr. Lemke betreffend die Theorien der Aetiologie des Morb. Basedow.

7) Therapeutische Mittheilungen.

a) Benario-Frankfurt a. M.: **Citrophen, ein neues Antipyreticum und Antineuralgicum.**

Das Citrophen, mit dem Phenacetin und Laktophenin nahe verwandt, ist eine Verbindung der Citronensäure mit p. Phenetidin; es ist leicht in Wasser löslich, von angenehmem erfrischenden Geschmack. B. constatirte eine kräftige Temperatur herabsetzende Wirkung bei Typhus und Phthise; ferner besitzt dasselbe sedative und antineuralgische Wirkung. Keinerlei, auch nur unangenehme Nebenwirkungen wurden beobachtet. Einzeldosis 0,5—1,0, Tagesdosis bis 6,0.

b) Lichtenstein-Liegnitz: **Zur Methode der intravenösen Sublimatinjectionen.**

V. bringt zunächst eine erklärende Bemerkung zu einer früheren Arbeit und betont sodann, dass die intravenöse Sublimatinjection bei Lues auf einige besondere Fälle reservirt bleiben solle, in denen rasche Wirkung gewünscht wird.

c) Rinck-Elberfeld: **Kehlkopfspritze zu submucösen Injectionen.**

8) O. Lassar: **Zur Arsenikbehandlung der Hautkrebse.**

Gegenüber irrigen Darstellungen constatirt L., dass er nur in drei Fällen, in denen das Vorhandensein von Haut-Carcinom mikroskopisch festgestellt und eine Arsencur eingeleitet worden war, von einer Heilung gesprochen habe; dieselbe besteht fort und ist nunmehr von mehr als zweijähriger Dauer.

No. 27. 1) K. v. Bardeleben: **Die neue anatomische Nomenclatur.**

Die anatomische Gesellschaft hat durch eine Commission eine Revision und Feststellung der anatomischen Nomenclatur ausarbeiten lassen und in ihrer heurigen Versammlung die Vorschläge dieser Commission angenommen. v. B. gibt hier in grossen Zügen ein Bild der Entstehung und Ausführung des verdienstvollen Unternehmens, das wohl auch in anderen Disciplinen Nachahmung finden dürfte, erläutert die zu Grunde gelegten Principien und führt eine Anzahl Beispiele an.

2) H. Kurth: **Die Ergebnisse bei der allgemeinen Anwendung des Diphtherieheilserums in Bremen in der Zeit vom 8. October 1894 bis 31. Januar (30. April) 1895.** (Aus dem bakteriologischen Institut in Bremen.)

Kommt nach Abschluss der Arbeit zur Besprechung.

3) P. Bruns: **Zur Krebsbehandlung mit Erysipelserum.**

4) W. Petersen: **Zur thatsächlichen Berichtigung in Sachen des Krebsheilserums.**

Beide Artikel Bemerkungen zu der seinerzeitigen Erwiderung von Emmerich und Scholl (s. diese Wochenschrift p. 612). Die Discussion über das Thema wird damit seitens der Redaction als geschlossen erachtet bis zur Beibringung neuen, thatsächlichen Materials.

5) J. Hirschberg-Berlin: **Ueber Netzhautentzündung bei angeborener Lues.** Schluss aus N. 26.

Verf. bespricht zunächst die sogenannte diffuse Hornhautentzündung, die verhältnissmässig häufigste von allen Augenerkrankungen aus angeborener Lues. Zur Diagnosenstellung muss man oft das Vorhandensein sonstiger Zeichen angeborener Syphilis zu Hilfe nehmen. Die Therapie besteht in Mercurialcur. Schwieriger zu erkennen ist die seltene, aber wichtige, bei kleinen Kindern mit angeborener Lues auftretende Netzhautentzündung und -Entartung. Sie ist stets doppelseitig; auch hier ist die consequente Anwendung des Quecksilbers das wichtigste Heilmittel. Weit häufiger als selbständig kommt die Netzhautentzündung aus angeborener Lues zusammen mit diffuser Hornhautentzündung vor. Anschliessend publicirt Verf. eine Anzahl einschlägiger Fälle und macht hiebei darauf aufmerksam, dass bisher der selbständigen Netzhautentzündung durch angeborene Lues nicht die genügende Beachtung geschenkt worden ist.

6) F. Plehn: **Ueber das Schwarzwasserfieber an der afrikanischen Westküste.** Schluss.

Siehe diese Wochenschrift Seite 482.

7) G. Joachimsthal: **Ueber den congenitalen Defect der Tibia.** (Aus der k. Univers.-Poliklinik für orthopädische Chirurgie in Berlin.)

Bezugnehmend auf die Mittheilung von Waitz (s. diese Wochenschrift Seite 633) bringt Verf. einige Notizen über die (nicht so geringe) Häufigkeit dieser Anomalie und über die bei derselben vorgenommenen operativen Maassnahmen. Eisenhart-München.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 26. Juni 1895.

Herr **James Israel** demonstrirt 2 Patienten mit einer sehr seltenen Missbildung. Dieselbe besteht in einer starken Vergrösserung eines Augenlides, welches das Auge schürzenartig überdeckt, mit gleichzeitigen anderweitigen Störungen. In dem einen Falle bestand daneben eine hühnereigrosse Geschwulst über dem Jochbogen der erkrankten Seite, Parese des Facialis und Hemiatrophie der betreffenden Gesichtshälfte. Die Neubildungen sind abnorm pigmentirt und sind histologisch als Angiome (Blut- bezw. Lymphangiome) und Angioneurome zu betrachten. 2 gleiche Fälle hatte Vortragender früher beobachtet und beschrieben.

Herr **Hahn** demonstrirt das Präparat einer durch Operation gewonnenen Milz, welche eines Echinococcus wegen exstirpirt worden war.

Herr **Güterbock** demonstrirt ein von ihm construirtes neues Kystoskop.

Derselbe berichtet ferner über einen Theil seiner anderweitig in extenso zu veröffentlichenden Studien über Nierentraumata. H. K.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 1. Juli 1895.

Herr **Oesterreich** demonstrirt den Magen eines Mannes, welcher 11 Jahre lang an Hyperacidität gelitten hatte. Es fanden sich mehrfache Erosionen, während die mikroskopische Untersuchung keine Veränderung am Drüsenapparat etc. aufdecken konnte. Patient hatte an Kardialgien, Obstipation und

Erbrechen gelitten. Die Magenschmerzen waren auf Acida schlimmer, auf Natr. bicarb. besser geworden. Der Tod erfolgte an einer Lungenentzündung.

Herr **Klemperer: Untersuchungen über Gicht.**

Die Frage, woher bei der Gicht, welche bekanntlich Entzündungen bezw. Gewebsnekrosen an verschiedenen Stellen des Körpers und Harnsäureablagerung an einem Theil dieser Stellen erzeugt, diese abgelagerte Harnsäure kommt, ist noch immer strittig; ebenso ist es unentschieden, ob diese Harnsäure die Ursache der Nekrosen ist und ob zwischen der im Urin ausgeschiedenen Harnsäure und den Gewebsveränderungen eine Relation besteht.

Während Garrod eine Vermehrung der im Blute vorhandenen Harnsäure bei verminderter Ausscheidung derselben nachweisen zu können glaubt und eine dadurch bedingte locale Harnsäureabscheidung als Ursache der Nekrosen betrachtet, hält Ebstein die Nekrosen für das Primäre, die Harnsäureablagerung für das Secundäre. Die Nekrosen sind jedoch auch nach Ebstein eine Folge der im Blute vermehrten circulirenden Harnsäure. Spätere Untersucher bestätigten zum Theil die Garrod'schen Befunde, zum Theil stehen sie im Widerspruche mit denselben. Alle älteren Untersuchungen leiden an dem Uebelstande einer unzureichenden Methode der Harnsäurebestimmung (Heintz'sche Methode), während die neueren nach Salkowski vorgenommenen zwar zuverlässigere, aber ebenfalls noch keine eindeutigen Resultate geliefert haben. So kommt es, dass v. Noorden in seinem Buche „Ueber die Pathologie des Stoffwechsels“ lediglich eine ablehnende Kritik der bisherigen Gichttheorien und dazu eine neue eigene Hypothese zu geben sich veranlasst sieht.

Klemperer suchte an einigen auf der Leyden'schen Klinik beobachteten Fällen Aufklärung über einige Punkte zu gewinnen. Zunächst fand er, dass das Blut von 3 Gichtkranken in der That mehr Harnsäure enthielt, als das von 3 Gesunden, bei welchen sich keine wägbaren Mengen von Harnsäure fanden. Aber er fand auch, was auch Garrod selbst und Andere schon gefunden hatten, dass bei andern Kranken, z. B. einem Pneumoniker, Leukämiker, 2 Nephritikern, eine Steigerung der Bluthamsäure nachweisbar war. Die Vermehrung derselben im Blut kann also nicht wohl die Ursache des Gichtanfalls sein. Was nun die Ausscheidung der Harnsäure im Urin anlangt, so liess sich ebenfalls kein Wechselverhältniss zwischen derselben und dem gichtischen Anfalle ausfindig machen. Auch die Hypothese einer Uebersättigung des Blutes mit Harnsäure im Anfalle selbst, konnte abgewiesen werden, indem einerseits das Löslichkeitsvermögen des Serums für Harnsäure bei Gesunden nicht grösser ist, als bei Gichtikern und andererseits selbst während des Gichtanfalles noch Harnsäure im Serum gelöst werden konnte. Daraus folgt, dass die entzündlichen bezw. nekrotischen Stellen eine besondere Affinität zur Harnsäure besitzen müssen. Woher kommen aber nun diese Nekrosen? Etwas Positives ist nicht zu sagen. Von Noorden hatte die Hypothese aufgestellt, dass irgend eine unbekannte Schädlichkeit zur Bildung der localen gichtischen Affection führe, welche ihrerseits nun unter Gegenwart eines Fermentes den ganz nebensächlichen, secundären Vorgang der Harnsäureabscheidung zur Folge habe. Klemperer formulirt diese „unbekannte Schädlichkeit“ nun etwas genauer, indem er mit Rücksicht auf die Thatsache, dass die Bleiintoxication zuweilen zur Gicht führt (Leyden), annimmt, dass es sich um im Blute kreisende Gifte handle, welche die Ursachen der Nekrosen abgeben. Therapeutisch wären danach Harnsäurelösungsmittel überflüssig, dagegen Erhöhung des Stoffwechsels, mässige Ernährung, reichliche Arbeit und reichlich Flüssigkeit empfehlenswerth.

Discussion. Herr Weintraud erwähnte eines Experiments, wobei er durch Verfütterung von Thymus Vermehrung von Harnsäureausscheidung mit gleichzeitiger Vermehrung der Bluthamsäure erzielte. Der Versuch, in diesem Falle durch Abkühlung einer Extremität oder ein Trauma einen Gichtanfall zu erzeugen, war erfolglos, woraus ebenfalls folgt, dass der Reichthum des Blutes an Harnsäure nicht die Ursache des Gichtanfalles sein kann.

Herr Jastrowitz hätte es für wünschenswerth gehalten, dass Kl. bei seinen Gichtkranken nicht bloss während des Anfalls, sondern auch ausserhalb desselben Untersuchungen angestellt hätte, um so unter sich vergleichbare Werthe zu bekommen. H. Kohn.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 25. Juni 1895.

Vorsitzender: Herr Schede.

I. **Demonstrationen.** 1) Herr F. Cohn demonstrirt eine 20jährige Frau, die wegen Pyosalpinx gonorrhoica mit Perforation in den Darm erfolgreich operirt worden war:

Patientin war im Mai 1893 gonorrhoisch inficirt worden. Im darauffolgenden Winter trat Auftreibung des Leibes und Eiter im Stuhlgang auf. Bei der sehr abgemagerten Patientin fand sich in der rechten Hälfte der Bauchhöhle ein faustgrosser Tumor; der Uterus war nach links verdrängt, übrigens frei beweglich. Am 22. Juni 1894 wurde die Laparotomie gemacht (Dr. Prochownick). Es fand sich eine doppelseitige Pyosalpinx; die rechtsseitige war in die Flexura coli d. perforirt. Nach Exstirpation der erkrankten Adnexe und Tamponade der Abscesshöhle wurde die Bauchwunde geschlossen; die sehr collabirte Patientin erhielt eine subcutane Kochsalzinfusion. Die Reconvalescenz war sehr protrahirt; noch am 7. und 8. Tage nach der Operation traten Delirien auf, die Vortr. durch Hypnose beruhigte. Bei diesen Delirien platzte die Bauchwunde an der rechten Seite wieder auf und es stiess sich ein grosser Theil des Bauchlappens gangränös ab. Nach drei Monaten war Patientin völlig geheilt.

2) Herr Aly demonstrirt einen Patienten, dem er wegen Sarkom den linken Oberkiefer resecirt hat. Er verfuhr hierbei nach dem Vorschlag Senger's (Crefeld), die Carotis externa dicht oberhalb des Abgangs der A. lingualis temporär zu unterbinden. Als Ligaturmaterial bewährte sich Jodoformgaze nicht, wohl aber ein dünnes Gummirohr. Der Erfolg war derartig, dass die Operation fast unblutig verlief und keine Unterbindung nöthig war. Nach Anlegung des Verbandes wurde die Carotisligatur gelöst, eine Nachblutung trat nicht ein. Für solche Operationen empfiehlt A. die gemischte, Chloroform-Morphiumnarkose. Zur Knochendurchsägung benutzte A. eine Radsäge, die der von F. Krause für die Schädeleröffnung angegebenen nachgebildet ist; das Rad sitzt aber nicht in der Mitte des Griffes, sondern am Ende desselben.

3) Herr Predöhl zeigt Modelle von Spucknäpfen aus emaillirtem Blech, die in öffentlichen Lokalen, Pferdebahnen, Wartezimmern u. dgl. angebracht werden sollen.

II. Herr **Nonne: Erfahrungen über die Behandlung der Chlorose mit Aderlass und Schwitzen.**

Vortr. berichtet über 47 Fälle von Chlorose, die er mit Aderlässen und Schwitzproceduren im „Vereins-Hospital“ behandelt hat. Die Beobachtung der Fälle wurde in der Weise vorgenommen, dass die Bestimmung des Hämoglobingehaltes des Blutes (Gower's Apparat) jede Woche einmal, die Zählung der rothen Blutkörperchen (nach Thoma-Zeiss) bei der Aufnahme und Entlassung der Patientinnen vorgenommen und das Gewicht jede Woche einmal bestimmt wurde. Es wurden nur schwere Fälle — 20—35 Proc. Hämoglobin — und mittelschwere Fälle — 35—60 Proc. Hämoglobin — behandelt. Es handelte sich stets um uncomplicirte Fälle von Chlorose.

Vortr. sah einerseits allerdings niemals üble Folgen, andrerseits waren die objectiven Besserungen (am Blutbefund constatirt) keineswegs zur Aufnahme dieser Therapie bei Chlorose ermunternd. Während unter 47 Fällen 44mal subjective Besserung sich constatiren liess, nahm in den meisten Fällen der Hämoglobingehalt erst dann zu, wenn — bei bisher unverändertem Hämoglobingehalt — Eisenpräparate gegeben wurden.

Vortr. steht nach diesen Erfahrungen auf dem Standpunkt, die von Dyes, Wilhelmi, Scholz u. A. empfohlene Behandlung der Chlorose mit Aderlässen und Schwitzcuren, die auch vom grossen Publikum mit Beifall und Vertrauen aufgenommen wurde, nicht zu empfehlen. Genauere Angaben wird eine demnächst erscheinende Arbeit von Dr. Schmidt, Assistent des Vortr., bringen.

Discussion. 1) Herr Prof. Lenhartz hat keinen Gebrauch von Aderlass und Schwitzcuren bei Chlorose gemacht. Bei guter

Eisentherapie sieht man sehr bald eine Zunahme des Hämoglobingehaltes. L. bevorzugt die Blaud'schen Pillen, bei deren Gebrauch der Hämoglobingehalt in 3–4 Wochen oft um 30–40 Proc. zunahm. L. warnt vor dem Gebrauch des Aderlasses und der Schwitzcuren bei Chlorotischen; letztere haben oft Neigung zu Thrombosen, besonders der Muskelvenen, wodurch Embolien in das Herz und die Gehirnsinus entstehen können. L. fragt den Vortr., ob er in schweren Fällen keine Nachtheile nach der Cur beobachtet habe? Für L. sind die Blaud'schen Pillen das beste Eisenpräparat, besonders wenn sie aus Magnesia usta, Glycerin und Ferrum carbon. bereitet sind. Alle anderen Eisenpräparate, auch das moderne Ferratin von Schmiedeberg und Carniferin von Siegfried stehen den Blaud'schen Pillen nach.

2) Herr G. Cohen hat ebenfalls keinen Gebrauch von Aderlass und Schwitzen bei Chlorotischen gemacht. Man solle strenger, als üblich, zwischen Chlorose und essentieller Anämie unterscheiden. Bei ersterer findet man einen vollen, weichen Puls, erregte Herzthätigkeit, oft nachweisbare Herzerweiterung, später auch Oedeme bei spärlicher Diurese. Diese Fälle fasst C. als hydrämische Plethora auf; bei ihnen könnte er sich eine vortheilhafte Wirkung des Aderlasses vorstellen, indem durch Verminderung der Gesammtblutmenge den blutbildenden Organen die Neubildung normalen Blutes erleichtert werde. Eisenpräparate versagen hier sehr oft. Absolute Bettruhe befördert die Diurese und bringt die Oedeme zum Schwinden; die Wirkung ist aber oft nur vorübergehend.

3) Herr Lindemann fragt Hrn. Nonne, ob seine Patientinnen nicht mehr oder weniger nervös waren, wodurch die eventuell günstige Wirkung der Cur sich psychisch erklären lasse?

Herr Nonne hat Fälle besonders in die Augen springender Nervosität nicht beobachtet. Herrn Lenhartz erwidere er, dass er bei zwei Fällen schwerer Chlorose ebenfalls Symptome gesehen habe, die bei leichter Somnolenz, Nackenschmerzen und Nackensteifigkeit, aphasischen Störungen und Herzschwäche ihm den Gedanken an thrombotische Vorgänge in den Sinus nahe legten. In diesen Fällen wurde die Behandlung mit Aderlass und Schwitzcur nicht vorgenommen. Thrombosen in den Muskeln der untern Extremitäten hat N. nicht beobachtet, allerdings auch nicht principiell darauf untersucht. Herrn Cohen antwortet N., dass auch er Fälle eigentlicher Chlorose von der anämischen Chlorose, resp. Anämie (nach Laache's Vorgang) unterscheide. Im Uebrigen glaubt N., dass es Fälle schwerer Chlorose gibt, in denen keine Therapie hilft, auch nicht der ganze Weir-Mitchell'sche Apparat, unterstützt durch eine sachgemässe und ausdauernde Eisentherapie.

5) Prof. Deutschmann warnt vor den Aderlässen auch mit Rücksicht auf die Augen. Er erinnert an das Vorkommen der Embolie der A. centralis retinae bei Chlorose und an die noch unaufgeklärten Fälle plötzlicher Erblindung nach acuten Blutverlusten, die prognostisch absolut ungünstig sind.

6) Herr Prof. Lenhartz sah einen Fall hochgradiger Anämie bei Botriocephalus latus. Nach Abtreibung des Wurms stieg der Hämoglobingehalt nur um 7 Proc. Erst nach dem Gebrauch von Eisen stieg der Hämoglobingehalt in wenigen Wochen auf das Normalmaass.

Jaffé.

Physiologischer Verein in Kiel.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 7. Januar 1895.

Professor **Hensen** trug über ein Instrument vor, das er behufs graphischer Interpolation und der Darstellung von Curven aus Beobachtungsreihen construirt hat.

Professor **Völckers: Nachkrankheiten bei Staar-Operationen.**

Oefters treten in der Reconvalescenz bei Staar-Operationen Entzündungen auf, die vielfach für infectiös gehalten werden, die aber wohl auf eine Infection von aussen her nicht zurückgeführt werden können. Besonders leicht treten Entzündungen dann auf, wenn Kapselstücke in die Hornhautwunde eingeklemmt werden, so dass eine Zerrung an der Iris stattfindet; diese heilen sofort, sobald der betreffende Kapseltheil durschschnitten wird.

Völckers berichtet zuletzt über einen Fall, wo sich nach Staar-Operation am 10. Tage, während bis dahin gute Heilung erfolgt war, Iritis, Glaskörpertrübung, später Hypopyon erfolgte. Der Kranke hatte früher schwer an Beri-Beri gelitten. Unter Natr. salicylic.-Gebrauch heilte das Hypopyon etc. vollkommen.

Dr. **Hochhaus** hält einen Vortrag **über den Faserlauf im Occipitalhirn** im Anschluss an eigene Untersuchungen, die er über zwei Gehirne mit congenitalem Balkenmangel angestellt hatte.

Der Vortrag wird später ausführlich veröffentlicht werden.

Sitzung vom 4. Februar 1895.

Dr. **Bier: Bildung tragfähiger Amputationsstümpfe.** (Wird anderweitig veröffentlicht.)

Professor **Werth** berichtet über eine **Beobachtung von Haematometra in der verschlossenen und rudimentären Höhlenhälfte eines Uterus bilocularis.**

Die Missbildung betraf ein 21jähriges Landmädchen, welches früher stets gesund und kräftig, immer regelmässig und ziemlich stark mit mässigen Schmerzen menstruirt hatte. Seit Januar 1894 bestanden — angeblich in Folge von Heben einer schweren Last — anfallsweise auftretende Schmerzen am linken Hypogastrium, welche meist, ohne mit der menstrualen Blutung zusammenzutreffen, mit Pausen von höchstens drei Tagen erschienen.

Aufnahme in die Klinik 30. VII. 94. Bei Untersuchung in Narkose erschien der Uterus verbreitert, übrigens normal gestaltet, die linke Hälfte von einem prallen, wallnussgrossen Knoten eingenommen. Die Uterussonde liess sich, in der Länge von 7 cm nur in die rechte Uterushälfte einschieben.

4. VIII. 94. Laparotomie. Kurzer Längsschnitt in der linken Hälfte der vorderen Uteruswand entleerte 5—10 ccm alten chocoladefarbenen, etwas schleimigen Blutes. Darauf Excision eines keilförmigen Stückes aus der linken Uterushälfte, welches die zu Haselnussgrösse retrahirte Höhle enthielt. Verschluss der Excisionswunde durch Catgutnaht.

Normaler Wundverlauf. Vollkommene Beseitigung der Beschwerden. Erste Menstruation vollkommen schmerzlos.

Die Höhle ist mit einer dünnen, blutinfiltrirten, Cylinderepithel tragenden Schleimhaut ausgekleidet. In der Mucosa nur einzelne flaschenförmige Einbuchtungen des Epithels, keine typischen Drüsen. An der unteren Schnittfläche des aus der Uteruswand ausgeschnittenen Keiles findet sich von der in der Spitze des Keiles gelegenen rudimentären Höhle ausgehend eine wenige Millimeter breite Rinne mit blutig infiltrirtem Grunde, welche kurz vor der Serosa der vorderen Wandfläche aufhört. (Bevorstehende fistulöse Perforation der Haematometra.)

Der vorstehend referirte Fall ist der erste von Haematometra in dem Halbseitenrudiment eines Uterus bilocularis. In den bisher im Ganzen in der Zahl von vier beschriebenen Fällen von Haematometra einer rudimentären Uterushälfte handelte es sich stets um Haematometra des Nebenhornes eines Uterus unicornis. Schwangerschaft kommt im Nebenhorn weniger vor als Haematometra. In der Regel nimmt demnach das Seitenrudiment an der Menstruation nicht Theil. In einem Theil der Fälle, wo dies doch geschehen, hatte die gegen das Genitalrohr abgeschlossene rudimentäre Hälfte, nach dem zeitlichen Auftreten der charakteristischen Symptome zu urtheilen, erheblich später angefangen zu menstruiren, als die offene voll ausgebildete Uterushälfte. So hatte es sich auch in der Eingangs mitgetheilten Beobachtung verhalten. Ferner ergibt sich aus der vorliegenden Casuistik, dass die Gefahr einer secundären Entwicklung von Haematosalpinx bei Menstruation in einem seitlichen Uterusrudiment nicht vorhanden ist, während sonst bei Atresie des Uterushalses oder der Vagina, sei es, dass die Atresie bei einfachem Uterus oder auf der einen Seite eines doppelten Genitalrohres besteht, stets nach einer gewissen Zeit diese gefahrbringende Complication auftritt.

Eine ausführliche Mittheilung erfolgt demnächst im „Archiv für Gynäkologie“.

Aerztlicher Verein Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

VI. Sitzung vom 21. März 1895.

Herr **W. Merkel: Behandlung der Rückwärtsbeugungen des Uterus in den letzten 40 Jahren.**

Erscheint an anderer Stelle dieser Wochenschrift.

Herr **Fr. Merkel:** Casuistische Mittheilung aus der Merkel'schen Frauenklinik. **Doppelseitige Ovariotomie in der Schwangerschaft.**

Erscheint an anderer Stelle dieser Wochenschrift.

Herr **Fr. Merkel** demonstrirt zwei Carcinome der Portio vaginalis, welche durch Totalexstirpation des Uterus gewonnen wurden.

Herr **Simon** berichtet über zwei Fälle von **Extrauterin-Schwangerschaft** (Tuben-Schwangerschaft, im ersten Falle

im 3., im zweiten Falle im 2. Monat) und demonstrirt die betreffenden Präparate.

Herr **Zinn: Ueber Typhus abdominalis.** Bericht über die im Jahre 1894 im städtischen Krankenhause zu Nürnberg behandelten Fälle.

In No. 21 und 22 dieser Wochenschrift veröffentlicht.

Herr **Thorel** berichtet unter Vorweisung der betreffenden Präparate: 1) **Ueber ein Ulcus ventriculi mit Arrosion des Pankreas.**

Das über Markstück grosse wallartig umrandete Geschwür liegt unmittelbar im Pylorusring, wodurch es eine Stenose mit secundärer, hochgradiger Dilatation des Magens bedingte. Der Tod erfolgte durch Verblutung eines grösseren arrodirten Gefässes, dessen Lumen, durch einen kleinen Blutpfropf verschlossen, auf dem Geschwürsgrunde sichtbar ist.

2) Ueber zwei verschiedene Fälle von **Mitralstenose und Aortenstenose.**

Mitral- und Aortenostium sind auf einen kaum für einen Bleistift durchgängigen queren Spalt von knorpelharter Consistenz reducirt; auf der dem Ventrikel abgewandten Seite sitzen dem verengernden Ostienringe unregelmässige, zum Theil gleichfalls schon verknorpelte Wucherungen auf.

Die Mitralstenose combinirte sich mit einer Entwicklungsanomalie der Pulmonalklappen, indem deren nur zwei zur Ausbildung gelangt waren.

Klinisch bieten diese beiden Fälle nichts Neues.

VII. Sitzung vom 4. April 1895.

Herr **O. Stein** stellt einen an progressiver Paralyse leidenden Patienten vor, der eine eigenartige Combination von Symptomen zeigt. Es besteht Facialislähmung, Romberg'sches Phänomen, Fehlen der Patellarreflexe, Pupillenstarre ist jedoch nicht vorhanden. Die Erkrankung ist auf eine vor 23 Jahren stattgehabte Lues zurückzuführen.

Herr **O. Stein:** Demonstration mikroskopischer Präparate des Gehirns und Rückenmarks.

VIII. Sitzung vom 18. April 1895.

Herr **Heller** stellt eine 22jährige Patientin mit rechtsseitiger Stimmbandlähmung und vollkommener Hemianästhesie der ganzen rechten Körperhälfte, scharf in der Medianlinie absetzend, vor.

Das Leiden, etwa 3/4 Jahr bestehend, entstand plötzlich, aber ohne nachweisbare Gelegenheitsursache. Bezüglich der Diagnose muss die weitere Beobachtung lehren, ob hier eine sogenannte hysterische Affection, oder bei dem Ergriffensein so vielfacher Nervengebiete eine Herderkrankung etwa in der Gegend der Capsula interna vorliegt. Aus der Literatur wurde ein Parallelfall angezogen, der von Avellis in der „Berliner Klinik“ Heft 40, October 1891, veröffentlicht wurde. Dort handelte es sich um die gleiche Affection der linken Körperhälfte bei einem 49½jährigen Bauern.

Herr **O. Schullmayer: Zur Diagnose und Therapie der chronischen Urethritis.**

Die häufigste Ursache der Chronicität der infectiösen Urethritis ist das zu frühzeitige Aufhören der Injectionsbehandlung beim acuten Tripper. Auch nachdem der Ausfluss per orificium externum schon vollständig versiegt ist, müssen die Injectionen noch fortgesetzt werden, bis im Harn keine Filamente mehr erscheinen oder ihr Vorhandensein als Irritationsproduct nachgewiesen ist. Die Filamente sind kein irrelevantes Symptom, sondern häufig (wie z. B. bei Unmöglichkeit der Endoskopie in Folge Enge des Orificium) das einzige Anzeichen, wodurch das Fortbestehen einer Urethritis erwiesen wird. — Die Frage, wann eine Urethritis als nicht mehr infectiös bezeichnet werden darf, ist bis heute noch nicht mit Sicherheit zu beantworten. In Anbetracht der Unregelmässigkeit, mit der die Gonococcen verschwinden und wieder auftreten, gewähren auch lange Zeit hindurch fortgesetzte mikroskopische Untersuchungen mit negativem Resultat keine zuverlässige Diagnose. Selbst negative Befunde nach provocatorischen Injectionen bieten nur eine grosse Wahrscheinlichkeit, da wir nicht sicher wissen, ob bei der künstlich angefachten Secretion alle Schlupfwinkel (subepitheliale und submucöse) des Tripperpilzes betheiligt sind.

Torpide Fälle, die aller Zeit und Behandlung trotzen, erwecken Verdacht auf das Bestehen tiefer greifender (subepithelialer, submucöser oder auch pericavernöser) Infiltrate. Junge und wenig umfangreiche Infiltrate können mit der Sonde nicht diagnosticirt werden. Aber gerade solche bilden die besten Aussichten auf baldige und völlige Beseitigung. Ueber ihr Vorhandensein, Sitz und Ausdehnung gibt nur das Endoskop Aufschluss.

Die Behandlung mit der „aufsteigenden Sondencur“ ist für die meisten Fälle unzureichend, weil „durch keinerlei Dehnung, deren Effect begrenzt wird durch die Weite des Orificium externum, die im Bulbus stricturirte Harnröhre auf mehr als die Hälfte ihres Lumens erweitert wird“ (Thompson). Dasselbe gilt für den grössten Theil der Pars cavernosa.

Nürnberger medicinische Gesellschaft und Poliklinik.

Sitzung vom 28. März 1895.

Herr **Heinlein** gibt einen Abriss der Geschichte der **Nierenexstirpation** im Allgemeinen und dieses Eingriffes bei malignen Geschwülsten im Besonderen, betont das entgegengesetzte Verhalten der Anschauungen über die Gefährlichkeit dieser Operation bis in die neueste Zeit, sowie die abweichenden Ansichten der Fachmänner bezüglich der Wahl der Schnittführung. Während auf der einen Seite unsere deutschen Chirurgen dem Lumbalschnitt das Wort reden, wird von den Ausländern und unseren einheimischen Gynäkologen der Laparotomie der Vorzug eingeräumt. Darnach kritisirt H. sämmtliche Methoden der Schnittführung, spricht sich dahin aus, dass nur auf Grund eines gutgesichteten, reichen casuistischen Materiales die Entscheidung nach dieser Seite hin richtig getroffen werden kann, deutet an, dass die Gefahr beim Lumbalschnitt in Folge der stärkeren Blutung und längeren Operationsdauer derjenigen bei der Laparotomie durch die zweimalige Verletzung des Peritoneums erwachsenden ziemlich die Wage halte, und schliesst mit einer eingehenden Auseinandersetzung der bei der Nierenexstirpation drohenden Gefahren und der verschiedenen durch dieselben an den operirenden Arzt herantretenden Erwägungen seine theoretischen Erörterungen.

Daran anschliessend theilt H. die Krankengeschichten eines ½ und 1¼ jährigen Knaben mit, welche beide mit bösartigen Nierengeschwülsten behaftet waren. In beiden Fällen waren die Geschwülste in Chloroformnarkose durch Laparotomie am Aussenrand des Musc. rectus, welche jedesmal ¼ Stunde in Anspruch nahm, entfernt worden. In dem ersten Fall handelte es sich um ein kindskopfgrosses Carcinom der linken Niere, welches fast den ganzen Bauch ausfüllte. Bei der enormen Grösse der Geschwulst war man nach der Eröffnung der Bauchhöhle nicht im Stande, sich durch die zu palpatorischen Zwecken eingeführte Hand von der Intactheit der rechten Niere zu vergewissern. Letzteres war erst ermöglicht, nachdem der Tumor vom Stiele getrennt war. Das dann gewonnene Resultat stellte sich in der Folge als falsch heraus. Die palpirende Hand hatte an der zurückgelassenen Niere normale Verhältnisse zu constatiren geglaubt. Als nach 3 Tagen durch Urämie und katarrhalische Pneumonie der tödtliche Ausgang erfolgt war, fand sich nämlich der obere Pol der rechten Niere bei der Section ebenfalls von einer Krebsneubildung eingenommen, wodurch jedoch die äussere Form der Niere, abgesehen von einer geringen Dickenzunahme des Organes, nicht wesentlich verändert war. Die Technik hatte sich bei der Operation sehr einfach gestaltet. Nur die Trennung der Geschwulst von ihrem Stiel hatte Schwierigkeiten gemacht, indem die arterielle Ligatur der Aorta sehr nahe kam. Die Section ergab übrigens tadellose Wundverhältnisse, überall organischen Aufbau, nirgends Zerfall. Die peritoneale Umhüllung der Geschwulst, welche ohne jede Naht und Drainage versenkt wurde, hatte sich ausserordentlich stark retrahirt und zeigten sich die einzelnen Falten innig verklebt, sehr geringe Mengen zu Syrupconsistenz eingedickten, völlig unzersetzten Blutes einschliessend.

Der 2. Fall verhielt sich technisch dem ersteren völlig ähnlich; histologisch charakterisirte sich der 14 cm im Durchmesser haltende solide Tumor als kleinzelliges Rundzellensarkom, das die rechte Niere betraf. Trotz eines coincidirenden Darm-

katarrhes erfolgte völlige Genesung. Patient hat sich jetzt nach 3/4 Jahren zu einem völlig gesunden, frischen Knaben entwickelt. Die Bauchnarbe ist völlig solid. Die zurückgelassene Niere functionirt normal. An der Stelle des vormaligen Geschwulstbettes findet sich nichts, was auf ein Recidiv hinwiese[1]).

Die histologischen Präparate werden vorgelegt.

Görl-Nürnberg.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 6. Juli 1895.

„Die Spitäler den Armen!“ — Honorirung von Spitalsärzten durch Spitalskranke. — Die Verurtheilung eines Arztes. — Die Kosten der Massnahmen gegen Infectionskrankheiten im Jahre 1894. — Kerker — Irrenhaus — oder Zwangsarbeit.

Dem Vorstande der Wiener Aerztekammer lag vor einigen Tagen ein Comitébericht über den Antrag zur Hintanhaltung der Ordination für Bemittelte in den Ambulatorien resp. die Beschränkung der Spitalsbehandlung auf Arme — zur Berathung und Beschlussfassung vor. Ich glaube, am besten zu thun, wenn ich die Vorschläge des Referenten, welche nach längerer Discussion nahezu unverändert behufs Vorlage an die Kammer acceptirt wurden, wörtlich anführe. Sie lauten:

Es ist eine motivirte Eingabe an die h. Statthalterei zu richten, in welcher in folgender Weise um Abhilfe ersucht wird:

1. Die zu den bestehenden Taxen oder unentgeltlich gebotene Behandlung in Krankenhäusern und Ambulatorien ist von dem Nachweise der Mittellosigkeit bedingt. Dieser Nachweis ist zu erbringen: a) durch ein Armuths- oder Mittellosigkeitszeugniss; b) durch eine Bestätigung des Besitzers des vom Hilfesuchenden bewohnten Hauses (oder dessen Stellvertreters), des Arbeits- oder Dienstgebers; c) durch eine gleiche Bestätigung oder Anweisung von Seite des behandelnden Arztes; oder endlich d) durch Vorweisung des Dienst- oder Arbeitsbuches. — Formulare zu solchen Bestätigungen sind unentgeltlich in den Gemeindeämtern abzugeben. Dieselben sollen Rubriken für Namen und Beruf und in einer Randglosse den Vermerk darüber enthalten, dass falsche Angaben oder Bescheinigungen strafrechtlich verfolgt werden können.

2. Auch die Behandlung auf den sogenannten Classenzimmern der Krankenhäuser ist zu den geltenden Normen nur gegen Beibringung eines der sub 1 genannten Mittellosigkeitsnachweises zugänglich. Der Hilfesuchende, der keinen solchen Nachweis erbringt, ist verpflichtet, dem leitenden Arzte und den Hilfsärzten ein der Hilfeleistung entsprechendes Honorar, wie es ausserhalb der Krankenhäuser üblich ist, zu entrichten.

3. Durch Affichen in den Ordinationsräumen und Aufnahmskanzleien ist den Hilfesuchenden die Bedingung der Aufnahme oder Behandlung bekannt zu geben, desgleichen auf den Receptformularen. Auf den Aufnahmsscheinen und Evidenzzetteln ist der gleiche Vermerk über Straffähigkeit falscher Angaben wie auf den obgenannten Formularien zu drucken.

4. Ausgenommen von diesen Aufnahmsbedingungen sind die auch derzeit in den Spitälern als „unabweislich“ behandelten Kranken: Schwerverletzte, Hochfiebernde und Kranke mit ansteckenden Krankheiten. Auch diese sind verhalten, nachträglich den erforderlichen Nachweis zu erbringen, oder die entsprechende Mehrzahlung zu leisten.

In dem Berichte wird sodann auch der Thatsache Erwähnung gethan, dass in Deutschland an fast allen Kliniken den Leitern — zumal der chirurgischen Abtheilungen — das Recht zusteht, ausser dem für das Spital entfallenden Betrage noch ein dem Spitalsfonde zufallendes Entgelt für die Narkose und für den ersten Verband und ein Honorar für die ärztliche Behandlung für den behandelnden Arzt und seine Assistenz von den wohlhabenden Kranken zu beanspruchen. Ferner wird darauf hingewiesen, dass Hofrath Prof. Nicoladoni in Innsbruck eine Abtheilung bekam, an welcher bereits ähnliche Bedingungen gelten.

Der Bericht kommt erst in der nächsten Woche in der Aerztekammer zur eigentlichen Verhandlung und es erscheint mir verfrüht, an demselben schon jetzt Kritik zu üben. Ich möchte mir gleichwohl die Bemerkung erlauben, dass der Referent, wiewohl ein praktischer Arzt, hier mehr fremdes als eigenes Mehl mahlen liess. Wenn es wahr sein soll, dass es wünschenswerth sei, „dass das grosse Publicum die öffentlichen Krankenanstalten als das ansehe, was sie sein sollen, als Humanitätsanstalten, die nur den Armen und Bedürftigen offen stehen“ — — dann sperre man einfach die sogenannten Classenzimmer, resp. wandle sie ebenfalls in Krankenzimmer für Arme und Bedürftige um und spreche nicht soviel von der Entlohnung der Spitalsärzte u. dergl. Der Schlachtruf der Aerztekammern sollte kurz und bündig lauten: „Die Spitäler den Armen!“ Zahlungsfähige Clientèle sollte es in den „Humanitätsanstalten“ überhaupt nicht geben. Die Aerztekammern sollten als Vertreter der praktischen Aerzte sich nicht darum kümmern, dass die ohnehin besser gestellten Primarärzte oder Chefs der Kliniken durch Extra-Honorare noch günstiger gestellt seien; sie sollten in erster Linie die Spitäler den wirklich Armen reserviren und damit in zweiter Linie auch die Interessen der Praktiker wahren — nicht bloss die Interessen einer ohnehin gut situirten Classe von Aerzten.

Es liesse sich noch mehr sagen, doch ich will nicht vorgreifen, und nur noch erwähnen, dass ein Minoritätsvotum (Prof. Schauta's) den Zusatz wünscht: „Ausgenommen sind ferner (von der Beibringung eines Nachweises der Mittellosigkeit) diejenigen Kranken, welche die Hilfe der ordentlichen Universitätskliniken aufsuchen, unter der Voraussetzung, dass sich diese Kranken ebenfalls dem klinischen Unterrichte widmen und dadurch eine Art Gegenleistung anstatt der Bezahlung bieten.“ Es ist zwar nicht schön und deutlich gesagt, man wird es aber gleichwohl verstehen, was Herr Prof. Schauta meint. Den Klinikern soll es auch fürderhin frei stehen, zahlungsfähige Clientèle umsonst zu operiren oder sonstwie zu behandeln, da die Kranken bloss Lehrmaterial abgeben. Und dasselbe Recht werden alle Docenten beanspruchen, die Abtheilungsvorstände der Poliklinik und der Ambulatorien, welche Curse lesen, kurzum: es wird so viele Ausnahmen geben, dass auch in der Zukunft reiche Leute in den sogenannten „Humanitätsanstalten“ umsonst oder um ein Spottgeld Aufnahme, Behandlung und Verpflegung finden werden. Wird hiedurch das Ziel erreicht, welches die Aerztekammer anstrebt, dass „die Klagen der Aerzte über die ungünstigen Erwerbsverhältnisse“, welche sich seit Jahren mehren, endlich verstummen?! Ich glaube nicht!

In einem Briefe vom 11. Mai l. Js. (No. 20 der Münchener med. Wochenschrift) habe ich der Verurtheilung eines Arztes zu einer Geldstrafe von 60 fl. Erwähnung gethan. Der Arzt hatte eine falsche Diagnose gemacht — Volltrunkenheit statt Apoplexie — und wurde auf Grundlage des § 431 unseres Strafgesetzes zur besagten Geldstrafe verurtheilt. In 35jähriger Praxis und in 20jähriger Thätigkeit als Armenarzt das erste Versehen, welches schliesslich an dem letalen Ausgange absolut keine Schuld hatte. Es nützte nichts, denn die 2. Instanz bestätigte in dieser Woche das erstrichterliche Urtheil.

Nun beschäftigte sich der Aerztekammervorstand auch mit dieser Angelegenheit, natürlich nicht in dem Sinne, dass er das richterliche Urtheil kritisirte. Die Gerichtsärzte hatten verneint, dass der betreffende Arzt eine Unwissenheit im Sinne des Gesetzes an den Tag gelegt habe und ebenso hatten sie verneint, dass der Tod des Kranken in Folge eines Fehlers in der Behandlung des Arztes eingetreten sei. Der vom Richter angezogene § 431 (Uebertretung gegen die körperliche Sicherheit) könne auf diesen Fall, der sich auf einen in Ausübung der ärztlichen Praxis begangenen Fehler beziehe, nicht angewendet werden, der § 431 habe für ärztliche Specialdelicte keine Giltigkeit, vielmehr die §§ 356 und 358 unseres Strafgesetzes. Hinter dem ganzen Referate steckt — wie man mir erzählte — ein renommirter Wiener Advocat und trotzdem ist das ganze Referat fehlerhaft aufgebaut und wird daher — wie ich erfahre — in dieser Form nicht verhandelt werden. Das kommt aber davon, wenn Aerzte sich nicht-ärztlicher Sachen bemächtigen wollen; eine Paragraphenreiterei ist doch nicht Sache eines Arztes, sondern eines Rechtsanwaltes. Vielleicht wäre es besser gewesen, man hätte die Angelegenheit gar nicht oder in dem

---

[1]) Fall 2 wurde ausführlich im Centralblatt für die Pathologie der Harn- und Sexualorgane 1894 geschildert.

Sinne behandelt, wie ich es seinerzeit an dieser Stelle gethan habe. Die Differentialdiagnose zwischen Volltrunkenheit und apoplektischem Anfalle, das hätte der Referent, ein junger Docent für innere Medicin, wohl ausführen können, sei unter Umständen sehr schwer, fast unmöglich — der später gerufene Arzt konnte wohl schon eine richtige Diagnose stellen, der erstgerufene Arzt aber nicht. Welchem Kliniker sind nicht schon schwere, ja folgenschwere diagnostische Irrthümer unterlaufen? Und desshalb sollte ein praktischer Arzt bestraft werden?! — Das sind ärztliche Motive, die freilich jetzt ebenfalls ohne Belang sind, nachdem der Fall schon endgiltig entschieden ist.

Das Sanitätsdepartement des k. k. Ministeriums des Innern veröffentlicht einen Bericht über die Auslagen des Staatsschatzes für die Maassnahmen gegen Infectionskrankheiten. Diese Auslagen haben in den letzten Jahren, so auch im Vorjahre, eine bedeutende Steigerung erfahren und in erster Linie kommen hiebei die Vorkehrungen gegen die Cholera asiatica in Betracht. Von rund 160000 fl. im Jahre 1891 sind die Ausgaben des Staates allmählich auf mehr als eine halbe Million Gulden im Jahre 1894 angewachsen, wovon auf die Choleraprophylaxis allein 384000 fl. entfallen.

Speciell zeigt sich, dass die Auslagen, welche die Maassnahmen gegen Blattern verursachten, während der letzten 4 Vergleichsjahre (1891—1894) gesunken, dass sie dagegen bei Croup und Diphtheritis, Masern und Scharlach gestiegen und nur bezüglich Scharlach in allen 4 Jahren annähernd gleich geblieben sind.

Im Verhältnisse zur Bevölkerungszahl haben sich die Gesammtauslagen für Epidemiemaassnahmen seit dem Jahre 1891 mehr als verdreifacht. — Die Ausgabe pro Kopf der Bevölkerung betrug in Oesterreich im Jahre 1891 nur 0.67, im Jahre 1894 schon 2.17 Kreuzer — und stellten sich im Jahre 1894 am höchsten in der Bukowina und in Galizien. Wenn aber die Choleraauslagen nicht in Betracht kommen, so stellt sich in der Bukowina innerhalb der 4 Jahre eine erhebliche Abnahme der Epidemiekosten heraus. Die Thatsache erklärt sich aus der Organisation des Gemeinde-Sanitätsdienstes, welche von Jahr zu Jahr Fortschritte macht, und dadurch, dass die Gemeinden, denen eigene Aerzte zur Verfügung stehen, in der Lage sind, den ihnen vom Reichs-Sanitätsgesetze auferlegten Verpflichtungen nachzukommen.

Als Endergebniss tritt nicht nur eine Verminderung der vom Staatsschatze zu bestreitenden Auslagen für Bekämpfung der Infectionskrankheiten, sondern ganz wesentlich auch eine Verminderung der Zahl dieser Erkrankungsfälle hervor.

In dieser Woche stand abermals ein 20jähriger Bursche vor Gericht, bei welchem die Landesgerichtsärzte es wieder bedauerten, dass sie bloss vor die Alternative: „Kerker oder Irrenhaus?“ gestellt würden. Die Gerichtsärzte erklärten, er sei psychopathisch belastet, vorübergehende Irrsinnszustände seien nicht unmöglich, seine moralische Sphäre sei weit unter der Norm, er sei wie ein 14jähriger Junge — im Sinne des Gesetzes sei der junge Mann jedoch nicht irrsinnig, von einer Unzurechnungsfähigkeit, welche die Strafe ausschliesse, könne nicht die Rede sein. „Wir müssen bedauern“, sagte Prof. Fritsch, „dass für solche Individuen nicht andere Anstalten als der Kerker oder das Irrenhaus existiren. Dieses Individuum gehört in die Zwangsarbeitsanstalt.“

Der Mann wurde wegen Diebstahls zu 6 Wochen schweren Kerkers verurtheilt. Damit ist freilich nicht die Frage aus der Welt geschafft, welche dringend eine Lösung erheischt.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Epidemiological Society.

Sitzung vom 17. Mai 1895.

Beziehungen des Bodens zu den Infectionskrankeiten.

Prof. Lane Notter-Netley erörtert die Beziehungen, welche die Beschaffenheit des Bodens und die Bodenverhältnisse zu den acuten und chronischen Infectionskrankheiten besitzt.

Was vor Allem die Aetiologie der Cholera betrifft, so steht er ganz auf dem Boden der Anschauungen Pettenkofer's und illustrirt seine Ausführungen durch die in Indien gemachten Erfahrungen.

Das jährlich wiederholte Auftreten der Diphtherie an gewissen Plätzen und zu gewissen Zeiten lässt auch hier auf einen Zusammenhang mit den Bodenverhältnissen schliessen. Kälte und Feuchtigkeit scheinen dasselbe zu begünstigen. Der Diphtheriebacillus gedeiht in feuchter Erde und im Dunkeln bei einer Temperatur von nicht über 14° C. während Hitze, Licht und Trockenheit des Bodens denselben zerstören. In den heissen Ebenen Indiens wird nie Diphtherie beobachtet. Dagegen ziemlich häufig auf den kühleren Hügelstationen.

Dysenterie und Typhus hängen eng mit der Grundwasserbewegung zusammen.

Die Sommerdiarrhoen stehen, abgesehen von der Entstehung durch verdorbene Nahrungsmittel, in gewisser Beziehung mit der Bodentemperatur. Ballard fand ein Steigen der Mortalität bei einer Bodenwärme von 19° C. und eine Woche später ein Sinken derselben bei 15½° C. in 4 Fuss Tiefe, unabhängig von der Lufttemperatur.

Malaria ist mehr an Localität und Boden gebunden wie jede andere Krankheit und wird verursacht durch Trinkwasser und Luft, Bewegung des Grundwassers und atmosphärische Einflüsse.

Was die Phthise betrifft, so ist auch hier der Einfluss des Bodens, wenigstens als disponirendes Moment nicht zu verkennen, ebenso bei Rheumatismus.

Die exotischen Fieberformen wie Gelbfieber etc. haben die Aetiologie mit der Malaria gemein.

Saltet-Amsterdam erwähnt, dass Intermittens aus Holland fast gänzlich verschwunden sei, seitdem durch Dampfpumpwerke an Stelle der Windmühlen ein regelmässiger niederer Stand des Grundwassers geschaffen worden sei.

Newsholme bedauert, dass die Pettenkofer'sche Lehre vom Einfluss des Grundwassers in England nicht mehr verbreitet sei und empfiehlt genaue Messungen des Grundwasserstandes. F. L.

XVI. Oberrheinischer Aerztetag.

Der XVI. Oberrheinische Aerztetag wird am Donnerstag, den 18. Juli d. Js. zu Freiburg i. Br. abgehalten werden. Vormittags finden Demonstrationen in den Universitätskliniken statt.

Für die um 12 Uhr beginnende Sitzung sind folgende Vorträge angemeldet:

1) Dr. Fritschi: „Referat über die Verhandlungen des diesjährigen deutschen Aerztetages.“
2) Geheime Rath Hegar: „Ueber die Diagnose der Schwangerschaft in den ersten Monaten.“
3) Geheimer Hofrath Ziegler: „Ueber die durch Erhöhung der Eigenwärme bedingten Organveränderungen.“
4) Geheime Rath Manz: „Ueber die diagnostische Bedeutung der sogenannten Stauungspapille.“
5) Prof. Schottelius: „Ueber die gesundheitliche Bedeutung der Kunstbutter.“
6) Prof. Goldmann: „Ueber Enteroanastomose.“

Um 3 Uhr Festessen im Hôtel Victoria.

Verschiedenes.

(Zum Process Feldmann-Hamerling.) Von irrenärztlicher Seite gehen uns nachfolgende Schriftstücke zu, auf welche neuerdings hinzuweisen opportun erscheint, nachdem immer wieder, so auch kürzlich in der Discussion über die Interpellation Sattler im preussischen Abgeordnetenhause, betr. die Zustände in Mariaberg, des Processes Feldmann-Hamerling Erwähnung gethan wird in dem Sinne, als ob dabei wirklich schwere Missstände in unserem Irrenwesen zu Tage getreten seien. Die Briefe Finkelnburg's an Feldmann zeigen, wie weit ersterer die Breite der Gesundheit ausdehnt, was im Hinblick auf seine Beurtheilung des Herrn Forbes nicht ohne Interesse ist.

A. Resolution des Vereins deutscher Irrenärzte vom 22. IX. 1894.

„Auf Grund der erstatteten Referate und nach Verhandlung über die in Sachen Feldmann's gegen die deutschen Irrenanstalten und ihre Aerzte erhobenen Beschuldigungen erklärt der Verein der deutschen Irrenärzte Folgendes:

I. Feldmann ist von 1881/82 an bis jetzt geisteskrank gewesen (Paranoiker). Er war auch geisteskrank vom Sommer 1886 bis Herbst 1887 resp. Juni 1888.

II. Die Behauptungen des Staatsanwalts in der Landgerichts-Sitzung am 28. November 1893, dass Feldmann während seines Aufenthalts in den Irrenanstalten in Grafenberg und Düren nicht anstaltsbedürftig, nicht gemeingefährlich und dass die Entmündigung unbegründet gewesen sei, werden mit Recht von allen Sachverständigen zurückgewiesen.

III. Die Behauptungen des Staatsanwalts etc. über harte und unangemessene Behandlung Feldmann's in Düren, über Feldmann's Bestrafung und über unangemessene Zustände in den rheinischen Provinz-Irrenanstalten sind als unrichtig nachgewiesen.

IV. Dem Beschlusse des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz in seiner Sitzung vom 9. Juni 1894 betreffend das Verfahren des Geheimrath Dr. Finkelnburg in der Angelegenheit Feldmann's tritt der Verein der deutschen Irrenärzte bei "

B. Beschluss des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz vom 9. VI. 1894.

„Der psychiatrische Verein der Rheinprovinz spricht sein tiefes Bedauern darüber aus, dass eins seiner Mitglieder, Herr Geheimrath Prof. Dr. Finkelnburg in der Angelegenheit Feldmann den Weg collegialen Austausch in medicinischen oder gerichtlich-medicinischen Zeitschriften verlassen und den der breitesten Popularität eingeschlagen habe, ohne dabei Mittheilungen zu vermeiden, die an und für sich für die Betroffenen kränkend, in der Verschweigung der Namen der Kritisirten aber im Publikum gegen Alles, was in der Rheinprovinz Irrenanstalt heisst, das grösste Misstrauen zu erwecken geeignet sind. Zu bedauern sind die Kranken, die von diesem ungerechtfertigten Misstrauen erfüllt, dennoch gezwungen sind, die Anstalten aufzusuchen."

C. Briefe von Finkelnburg an Feldmann, veröffentlicht von Pelmann in der allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 51. p. 469.

Godesberg, den 6. Juli 1888.

Geehrter Herr Feldmann!

Ich bitte Sie dringend in ihrem Interesse, den mir in Abschrift mitgetheilten Brief an Herrn Dr. Flechsig nicht abgehen zu lassen, da er demselben einen entschieden krankhaften Eindruck machen würde. Hüten Sie sich doch ja, auch nach andern Richtungen — weder mündlich noch schriftlich — von Freimaurern, Juden, Ultramontanen u. s. w. in einem solchen Sinne zu sprechen, als ob Sie durch dieselben direct oder indirect in ihren Angelegenheiten beeinträchtigt würden. Dies würde Ihnen ganz bestimmt als Verfolgungswahn gedeutet werden. In der That haben die obigen Menschenkategorieen ja auch gar nichts mit Ihrer Angelegenheit zu thun.

Auch von der vermeintlichen Spionage, von der Sie sich dort umgeben glauben, erwähnen Sie gegen Niemand etwas; es ist gewiss nur eine Voreingenommenheit Ihrerseits, in Folge deren Sie eine solche Spionage wahrzunehmen glauben. Thun Sie überhaupt keinerlei Schritte von Bedeutung, ohne entweder mit Herrn Mengelbier oder mit mir — wenn Aerztliches dabei in Betracht kommt — vorher Rücksprache genommen zu haben. Also strengste Ruhe, Selbstbeherrschung und vorsichtigste Zurückhaltung.

Godesberg, den 7. Juli 1888.

Geehrter Herr Feldmann!

Es thut mir in hohem Grade leid zu sehen, wie Sie im Begriffe stehen, Ihre Angelegenheit auf's Heilloseste zu verfahren. Weder dürfen Sie sich an den Justizminister wenden, noch dürfen Sie das hierbei zurückfolgende Telegramm an Prof. Flechsig senden, schreiben Sie bitte Letzterem nur ganz freundlich und kurz, dass der fragliche Brief in der Mappe fehle und bitten Sie ihn gefälligst nachzusuchen und ihn im Auffindungsfalle Ihnen zusenden zu wollen, — aber nichts von Staatsminister und dergleichen und Sie würden durch eine Eingabe an den Minister Ihre Sache nach meiner bestimmtesten Ueberzeugung nur verderben. Ueberhaupt aber fürchte ich sehr, dass Sie in Ihrer augenblicklichen überreizten Stimmung sich wieder durch mündliche und briefliche Aeusserungen als Kranken zeigen und von Ihrem Ziele sich immer weiter entfernen anstatt sich ihm zu nähern. Ich rathe Ihnen dringend, verlassen Sie Düsseldorf für 4—6 Wochen und gehen Sie nach Kissingen, rufen Sie aber auf der Durchreise hier für 1 oder 2 Tage an, damit ich Alles in Ruhe mit Ihnen durchsprechen kann.

Es liegt mir — nachdem ich um Ihrer Sache willen mich in solchen Widerstreit mit angesehenen Collegen versetzt habe, doppelt viel daran, dass Sie nicht so nahe dem Ziele Alles verderben! Bitte folgen Sie meinem Rathe!

Herzlich grüssend

Ihr

Dr. Finkelnburg.

Bitte auch nicht Herrn Mengelbier Ihre Vertretung abzunehmen, bevor Sie mit mir gesprochen. Jetzt an's Landgericht zu gehen, wo Sie sich nach mehreren Richtungen als erregt und überreizt gezeigt haben, würde nicht rathsam sein. Namentlich der Vorfall mit dem Grafenberger Patienten würde Ihnen sehr schaden, wenn augenblicklich eine Verhandlung erzwungen würde.

(Congress für Psychologie.) In der Zeit vom 4.—7. August des nächsten Jahres findet in München der dritte internationale Congress für Psychologie statt. Der erste wurde 1889 in Paris, der zweite 1892 in London abgehalten Als Vorsitzender dieses Congresses wurde der Professor der Philosophie Dr. Stumpf, Mitglied der Akademie der Wissenschaften, in Berlin, früher in München, gewählt, als Generalsecretär der praktische Arzt Dr. Frhr. v. Schrenck-Notzing hier. Das Local-Comité, das sich zum Empfang der Gäste in München gebildet hat, ernannte Stumpf's Nachfolger, den Professor der Philosophie, Dr. Lipps, zum Vorsitzenden.

(Frequenz der deutschen medicin. Facultäten S.-S. 1895.)[1])

	Sommer 1894			Winter 1894/95			Sommer 1895		
	Inländer	Ausländer[2])	Summa	Inländer	Ausländer[2])	Summa	Inländer	Ausländer[2])	Summa
Berlin	803	256	1059[3])	894	326	1220	782	298	1080[3])
Bonn	290	16	306	235	10	245	305	19	324
Breslau	287	8	295	285	12	297	323	15	338
Erlangen	155	173	328	170	185	355	160	172	332
Freiburg	102	383	485	100	283	383	83	360	443
Giessen	76	73	149	61	48	109	74	63	137
Göttingen	176	31	207	171	36	207	182	38	220
Greifswald	374	38	412	347	34	381	366	40	406
Halle	213	34	247	210	39	249	236	5	241
Heidelberg	72	197	269	75	150	225	67	208	275
Jena	48	158	206	47	143	190	55	140	195
Kiel	230	101	331	196	55	251	294	105	399
Königsberg	221	15	236	197	24	221	218	28	246
Leipzig	329	343	672	351	376	727	332	285	617
Marburg	192	40	232	187	38	225	196	49	245
München	495	716	1211	509	616	1125	497	712	1209
Rostock	44	76	120	47	63	110	48	53	101
Strassburg	135	157	292	144	156	300	142	158	300
Tübingen	109	126	235	119	104	223	101	114	215
Würzburg	154	566	720	165	588	753	140	567	707
Zusammen	4505	3507	8012	4510	3286	7796	4601	3129	8030

[1]) Nach amtlichen Verzeichnissen. Vergl. d. W. No. 3, 1895.

[2]) Unter Ausländern sind hier Angehörige anderer deutscher Bundesstaaten verstanden.

[3]) Dazu die Studirenden der Pepinière.

(Die ärztlichen Prüfungen im Prüfungs-Jahre 1893/94.)

Prüfungs-Commissionen	Von den Candidaten der Medicin, welche im Prüfungs-Jahre 1893/94 die Prüfung im Deutschen Reiche bestanden haben, stammten aus (Geburts- oder Heimathsort):									bestanden die Prüfung im Ganzen (Schlusscensur):		
	Preussen	Bayern	Sachsen	Württemberg	Baden	Hessen	Mecklenburg-Schwerin	Uebrige Bundesstaaten und Ausland	Im Ganzen	genügend	gut	sehr gut
Berlin	151	—	2	3	1	3	—	9	169	58	111	—
Bonn	63	—	—	—	—	1	—	3	66	16	48	2
Breslau	32	—	—	—	—	—	—	—	32	12	18	2
Göttingen	26	—	—	—	—	—	—	3	29	11	15	3
Greifswald	67	—	—	—	—	—	1	2	70	29	38	3
Halle	44	1	1	—	—	—	—	5	51	13	38	—
Kiel	67	2	—	—	—	—	—	16	85	21	57	7
Königsberg	41	—	—	—	—	—	—	1	42	12	28	2
Marburg	32	—	—	—	—	—	—	3	35	9	23	3
Erlangen	28	29	3	2	2	2	1	7	74	27	44	3
München	63	62	3	13	6	2	3	14	166	43	111	12
Würzburg	91	18	4	3	5	6	1	7	135	28	96	11
Leipzig	95	1	77	2	2	1	—	23	201	41	146	14
Tübingen	12	—	—	12	1	—	—	1	26	2	16	8
Freiburg	25	1	3	—	16	1	—	9	55	12	34	9
Heidelberg	4	3	—	1	10	2	—	7	27	5	14	8
Giessen	11	—	—	—	—	14	—	—	25	6	18	1
Rostock	17	1	1	—	—	—	9	2	30	16	14	—
Jena	18	2	5	—	—	—	—	11	36	9	21	6
Strassburg i. E.	22	3	—	3	3	4	—	17	52	8	38	6
Im Ganzen	909	123	99	39	46	36	15	139[1])	1406	378	928	100

[1]) Von den Ausländern stammten je 2 aus Oesterreich-Ungarn und England, je 1 aus der Schweiz, Italien und Rumänien, 10 aus Russland, 2 aus Nord-, 3 aus Süd-Amerika.

Therapeutische Notizen.

(Zur Behandlung der Paratyphlitis.) Aufrecht-Magdeburg gräbt den alten Namen Paratyphlitis wieder aus und berichtet über die Resultate seiner Behandlung. (Ther. Monatshefte, Mai 1895). Er hat in den letzten 15 Jahren 288 Fälle dieser Erkrankung zu behandeln gehabt; die Mortalität betrug 5 Proc. Auf Grund dieses Resultates redet er der internen Therapie das Wort. Mit seiner Behauptung, dass die vom Wurmfortsatz ausgehende Entzündung sich immer im retroperitonealen Zellgewebe abspiele, setzt sich A. in

Gegensatz zu den chirurgischen Erfahrungen. Ob A. von denselben überhaupt keine Kenntniss hat? Ein Eindringen des Entzündungsprocesses in's Peritoneum erklärt er für sehr selten. Ursache: die Widerstandsfähigkeit der Peritoneums gegen das Eindringen entzündlicher Processe. Analogie: eine Caries der oberen Brustwirbel führt leichter zu einem Senkungsabscess in der Leistenbeuge als zu einer Peritonitis. Diese Beweisführung dürfte bei jedem Chirurgen einiges Kopfschütteln erzeugen. Die Gründe für die Senkung der Wirbelabscesse dürften denn doch wohl in anderen Ursachen zu suchen sein. Von der recidivirenden Appendicitis spricht A. überhaupt nicht. Um so eigenthümlicher nimmt sich folgender Satz aus: „Besteht auch nach der Genesung beim Umhergehen Empfindlichkeit der Ileocoecalgegend, so dürften Soolbäder am Platze sein." Kr.

(Zur Behandlung des nervösen Harndrangs) empfiehlt Janet-Paris die allmähliche Dehnung der Blase (Ann. des mal. génito-ur. 1895, 2). Unerlässlich ist eine exacte Diagnose und das Ausschliessen aller anderen Affectionen, besonders der Hyperämie des Blasengrundes. J. weist darauf hin, dass die psychische Behandlung allein, das Zureden, bei diesen Kranken nicht den gehörigen Erfolg hat, im Gegentheil die Kranken zu sehr veranlasst, sich mit ihrem Leiden zu beschäftigen.

Die J.'sche Methode besteht darin, dass man den Kranken allmählich steigende Mengen von Borlösung in die Blase bringt und sie veranlasst, die Flüssigkeit möglichst lange zu halten. Die Menge wird ausschliesslich durch das Gefühl der Kranken bestimmt. Man kann so in nicht sehr langer Zeit die einzugiessende Menge von 100 g auf 600 bis 800 g steigern. Bei einer Dame, welcher ihres Leidens wegen schon die verschiedensten Operationen gemacht waren, unter anderen die Exstirpation des Uterus und der Ovarien, gelang es, in 5 Monaten die Zahl der täglichen Harnentleerungen von 56 auf 5—6 herabzusetzen.

Die Einspülungen werden im Anfang täglich, später in grösseren Zwischenräumen vorgenommen. Kr.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 9. Juli. In die Reihe der wissenschaftlichen Vereine, welche ihre Sitzungsberichte in der Münchener med. Wochenschrift publiciren, ist neuerdings der physiologische Verein in Kiel getreten. In der heutigen Nummer beginnen wir mit dem Abdruck der Protokolle des Jahres 1895.

— Auf Veranlassung des Reichskanzlers hat am 15. Juni in Berlin eine Sitzung stattgefunden, an welcher Vertreter aller Universitäten theilnahmen. Es wurde vereinbart, dass das Physicum erst nach fünf akademischen Semestern gemacht werden darf. Dabei soll in Anatomie und Physiologie so streng geprüft werden, wie jetzt im Staats-Examen. Das Staats-Examen soll erst nach zehn Semestern (jetzt nach neun) gemacht werden; nach dem Physicum folgen also fünf klinische Semester. Ferner darf der Doctor medicinae nicht mehr vor dem Staats-Examen gemacht werden. Nach dem Staats-Examen folgt noch ein praktisches Jahr obligatorisch an den grösseren Krankenhäusern. Die meisten Krankenhäuser, Hospitäler u. s. w. haben sich freiwillig angeboten, so dass jährlich etwa 800 Kandidaten untergebracht werden können. Das halbe Jahr als einjähriger Arzt wird angerechnet. Ausserdem schweben Verhandlungen betreffs Regelung des Titels Specialarzt. Es ist der Vorschlag gemacht worden, ihn von einer mindestens 2jährigen Assistentenzeit abhängig zu machen.

— Der Sterbecassaverein der Aerzte Bayerns a. V. schloss das erste Semester 1895 bei einem Neuzugang von 40 Collegen und bei 16 Todesfällen mit einem Gesammtstand von 720 Mitgliedern. Anmeldungen zum Beitritt können jederzeit erfolgen.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 25. Jahreswoche, vom 16.—22. Juni 1895, die grösste Sterblichkeit Stettin mit 46,7, die geringste Sterblichkeit Kaiserslautern mit 11,1 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Bochum, an Diphtherie und Croup in Barmen.

— Am 3. ds. wurde im Garten der Charité in Berlin eine Büste Ludwig Traube's enthüllt. Prof. B. Fränkel hielt eine Ansprache.

— Herr Dr. Scholz, Director des St. Jürgen-Asyls in Bremen, veröffentlicht folgende Erklärung: „Herr Pastor v. Bodelschwingh hat an eine Anzahl Zeitungen eine Erklärung versandt, die sich zum Theil gegen die von mir zuerst in meinem Briefe an Herrn Geheimrath Dr. Zinn zu Eberswalde gemachte Mittheilung richtet, dass in dem Bremischen St. Jürgen-Asyle Misshandlungen Geisteskranker seitens des Bielefelder Pflegepersonals vorgekommen seien. In seiner Erklärung weist Herr Pastor v. Bodelschwingh darauf hin, dass ich selbst früher vielfach das Bielefelder Personal mündlich und schriftlich gepriesen habe. Das ist wahr, ich habe zu den beredtesten Lobrednern dieser Art Pflege gehört. Aber ich bin enttäuscht und auf sehr harte Weise eines andern belehrt worden; zuerst im Jahre 1889, wo die schwere, gemeinschaftliche Misshandlung einer Kranken zur Sprache kam. Bei dieser Gelegenheit und später, lange nach Weggang des Bielefelder Personals, im Jahre 1893, sind mir dann noch eine ganze Reihe von Fällen bekannt geworden, von einwandfreien Männern und zum Theil vor Notar und Zeugen eidesstattlich erhärtet. Mehrfach und nicht zum mindesten in den letzten Tagen bin ich direct und indirect aufgefordert worden, mein Material zu veröffentlichen. Aber ich habe immer damit zurückgehalten und halte auch heute noch damit zurück, wenigstens vor der Oeffentlichkeit. Denn schon vor 2 Jahren habe ich die Beweise dem Vorstande des „Vereins Deutscher Irrenärzte" mündlich, und vor Kurzem auf Erfordern dem Ersten Herrn Staatsanwalt hierselbst schriftlich und vollständig übergeben. Mehr möchte ich nicht thun. Denn es widerstrebt mir trotz alledem, einer Gesellschaft, mit der ich lange vor gemeinsamen Altären geopfert, ohne dringende Gründe der Nothwehr wehe zu thun. Bremen, den 1. Juli 1895. Dr. Scholz."

— Seitens der Liebig's Fleisch-Extract-Compagnie wird uns mitgetheilt, dass dieselbe nunmehr auch Fleischpepton in den Handel bringt. Dasselbe untersteht der Controle der Professoren Dr. M. v. Pettenkofer und C. v. Voit in München.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** In den Verband der Charité sind in diesen Tagen 2 Aerzte neu eingetreten. Der Oberarzt Dr. Strauss, der früher hier am Augustahospital und zuletzt in Giessen thätig war, ist in der dritten Klinik des Geheimraths Senator angestellt worden. Abgegangen ist Dr. Hauser, der die erste Assistentenstelle in der Kinderklinik inne hatte. In diese Stelle ist der zweite Assistent Dr. Keiler aufgerückt und dessen Platz hat Dr. Erich Müller erhalten. — **München.** Am 6. Juli habilitirte sich Dr. Martin Hahn, Assistent am Hygienischen Institute, mit einer Probevorlesung über Milch und Milchcontrole; die Habilitationsschrift führt den Titel: „Ueber die Beziehungen der Leukocyten zur bactericiden Wirkung des Blutes". — **Tübingen.** Prof. Dr. v. Henke wurde seinem Ansuchen gemäss unter Anerkennung seiner treuen und vorzüglichen Dienste in den Ruhestand versetzt; die hierdurch in Erledigung kommende ordentliche Professur für Anatomie in Verbindung mit der Vorstandschaft des anatomischen Instituts wurde dem seitherigen I. Prosector, Prof. Froriep übertragen.

Krakau. Die ausserordentlichen Professoren Dr. Heinrich Jordan und Dr. Anton Mars wurden zu ordentlichen Professoren der Geburtshilfe und Gynäkologie ernannt.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassungen. Dr. Johann Baptist Sartorius, k. Stabsarzt a. D., appr. 1872, in München (bisher in Würzburg); Dr. Theodor Zetl in Augsburg; Dr. med. Otto Müller, appr. 1895, in Parsberg.

Verzogen. Dr. C. Däubler von München nach Krakow in Preussen; Dr. H. Burger von München, unbekannt wohin; Dr. Hippelein von München nach Lenggries.

Befördert. Der Unterarzt Eugen Riedl des 4. Inf.-Reg. zum Assistenzarzt II. Cl. in diesem Truppentheil; die Unterärzte der Reserve Dr. Karl Morian (Augsburg), Dr. Hans Mantel (Amberg) und Theodor Hirsch (Würzburg) zu Assistenzärzten II. Cl. der Reserve.

Patente ihrer Charge verliehen. Den Oberstabsärzten I. Cl. Dr. Rüth, Regimentsarzt im 5. Feld-Art.-Reg., und Dr. Schuster Docent am Operationscurs für Militärärzte.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 26. Jahreswoche vom 23. bis 29. Juni 1895.

Betheil. Aerzte 400. — Brechdurchfall 34 (36*), Diphtherie, Croup 31 (28), Erysipelas 17 (12), Intermittens, Neuralgia interm. — (2), Kindbettfieber 2 (—), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 83 (64), Ophthalmo-Blennorhoea neonatorum 9 (12), Parotitis epidemica 5 (8), Pneumonia crouposa 10 (14), Pyaemie, Septicaemie 1 (1), Rheumatismus art. ac. 14 (22), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 13 (11), Tussis convulsiva 6 (18), Typhus abdominalis 2 (—), Varicellen 12 (10), Variolois — (—). Summa 239 (238). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 26. Jahreswoche vom 23. bis 29. Juni 1895.

Bevölkerungszahl 396 000.

Todesursachen: Masern 4 (1*), Scharlach — (3), Diphtheritis und Croup 2 (2), Rothlauf — (—), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyämie etc.) 1 (1), Brechdurchfall 6 (5), Unterleibtyphus — (—), Keuchhusten — (2), Croupöse Lungenentzündung 4 (—), Tuberculose a) der Lungen 27 (27), b) der übrigen Organe 6 (6), Acuter Gelenkrheumatismus 1 (—), Andere übertragbare Krankheiten 2 (3), Unglücksfälle 1 (2), Selbstmord 1 (—), Tod durch fremde Hand — (1), Sonstige Todesursachen 2 (6).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 163 (180), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 21,4 (23,6), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 13,0 (13,0), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 11,2 (11,8).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.